

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CAPTACIÓN DE SINTOMATICOS
RESPIRATORIOS EN EL MUNICIPIO DE CALI DURANTE EL PERIODO 2012-2014.**



Santiago de Cali, noviembre de 2018

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CAPTACIÓN DE SINTOMATICOS
RESPIRATORIOS EN EL MUNICIPIO DE CALI DURANTE EL PERIODO 2012-2014.**

Presentado por:

**Karla Mayerling Paz Ledesma
Enfermera, Esp Salud Mental y Psiquiatría**

Directoras

**Constanza Díaz Grajales
Enfermera, Especialista en Gestión de Servicios de Salud y Magíster en Salud Pública
Universidad del Valle.**

**Rocío Carvajal
Enfermera y Magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Estudiante de Doctorado
de Estudios Sociales de la Universidad Externado de Colombia.**

Santiago de Cali, noviembre de 2018

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Tabla de Contenido

1.	Listado de Tablas.....	4
2.	Listado de gráficos	5
3.	Listado de Figuras	6
4.	Listado de Siglas	7
5.	RESUMEN	8
6.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
7.	ESTADO DEL ARTE	16
8.	MARCO TEÓRICO	21
9.	OBJETIVOS.....	30
10.	METODOLOGÍA	31
11.	PLAN DE ANÁLISIS	43
12.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	47
13.	RESULTADOS.....	49
14.	DISCUSION Y CONCLUSIONES	129
15.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	139
16.	RECOMENDACIONES	140
17.	BIBLIOGRAFÍA.....	142
18.	ANEXOS	146

1. Listado de Tablas

Tabla 1. Categorías de análisis cualitativo. Proceso de captación de Sintomáticos Respiratorios. Municipio de Cali 2012-2014	44
Tabla 2. Condiciones sociodemográficas del municipio de Cali relacionadas con el control de la Tuberculosis. Periodo 2012-2014	49
Tabla 3. Descripción marco normativo del control de la Tuberculosis en el municipio de Cali, 2012-2014.....	54
Tabla 4. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Autoridad Sanitaria. 2012-2014	68
Tabla 5. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Administradoras de Planes de Beneficios. 2012-2014	81
Tabla 6. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Prestador de Servicios. 2012-2014.....	100
Tabla 7. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Comunitario. 2012-2014	107
Tabla 8. Positividad de la Baciloscopias. Municipio de Cali 2012-2014.....	110
Tabla 9. Promedio de Baciloscopias Municipio de Cali. 2012-2014.....	111
Tabla 11 Porcentaje de casos nuevos de TBP bk+ por niveles de atención. Cali 2012-2014.....	115

2. Listado de gráficos

Gráfico 1. Cumplimiento de Captación de SR. municipio de Cali. 2012-2014	109
Gráfico 9 Porcentaje de SR evaluados con primer, segunda y tercera Baciloscopias. Municipio de Cali 2012-2014.....	112
Gráfico 3. Cumplimiento de la Detección de Casos Nuevos BK+. Cali- Valle. 2012-2014.....	113
Gráfico 5. Cumplimiento de Detección y Captación. Municipio de Cali 2012-2014	114
Gráfico 5. Porcentaje de Nuevos de Tuberculosis Pulmonar Bk positivos notificados al SIGIVILA por nivel de atención y aseguramiento Cali 2012-2014	116

3. Listado de Figuras

Figura No 1 Actividades Del Proceso De Captación De Sintomáticos Respiratorios	21
Figura No 2 Modelo de evaluación del proceso de captación de SR en el municipio de Cali y sus resultados en el periodo 2012-2014.	29
Figura No 3. Triangulación metodológica. Evaluación del proceso de captación de SR. Cali 2012-2014.....	42
Figura No 4 Estructura Programa Municipal de Control de la TB. 2011.....	60
Figura No 5. Estructura. Programa Municipal de Control de la TB. 2012	61
Figura No 6. Estructura EAPB Régimen subsidiado	72
Figura No 7. Estructura EAPB Contributivas municipio de Cali. 2012-2014	73
Figura No 8. Proceso de captación de SR IPS publicas Cali 2012-2014.	85
Figura No 9. Proceso de captación de SR IPS privadas Cali 2012-2014.....	94
Figura No 10 Proceso de captación por nivel de observación. Cali 2012 -2014.....	119
Figura No 11. Tensiones del Proceso de Captación de SR. Cali 2012-2014	120
Figura No 12. Facilitadores del Proceso de Captación por nivel de observación. Cali 2012-2014	123
Figura No 13. Relación de indicadores de con tensiones y facilitadores . Cali 2012- 2014	125
Figura No 14. Relación de Tensiones y Facilitadores con los resultados del proceso de captación. Cali 2012-2014	128

4. Listado de Siglas

TB: Tuberculosis

TBP: Tuberculosis pulmonar

TAES: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

OMS: Organización Mundial de la Salud

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

DOTS/TAS: Directly Observed Treatment Short Course/ Tratamiento Acortado Supervisado

E.S.E: Empresa Social del Estado

EA-TB: Estrategia Alto a la Tuberculosis

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios

IPS: Institución prestadoras de servicios de salud

PCTB: Programa de Control de Tuberculosis

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

SR: Sintomático respiratorios

BK: Baciloscopias seriada de esputo

ACMS: Estrategia de Abogacía Comunicación y Movilización Social

5. RESUMEN

Antecedentes: La Tuberculosis (TB), es una de las enfermedades infecciosas crónicas que más contribuye a la morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional. Las actuales dificultades para el control de la enfermedad se encuentran relacionadas con factores como la presencia de coinfección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, la aparición de resistencia a los fármacos convencionales, las desigualdades e inequidades sociales, las precarias condiciones de vida y de trabajo, así como las debilidades institucionales de los programas de control de la TB, influyen en la atención oportuna y de calidad de las personas en riesgo y afectados.

La captación de sintomáticos respiratorios (SR), es un eje fundamental de las acciones de control de la enfermedad, es la principal estrategia de tamizaje y contribuye de forma directa al diagnóstico y tratamiento oportuno que permite cortar la cadena de transmisión, sin embargo es uno de los procesos en donde se presentan resultados que difieren de lo esperado en el municipio de Cali, por lo cual se requiere evaluar las acciones que han desarrollado los diferentes actores involucrados para establecer su relación con los resultados encontrados.

Objetivo: Evaluar el proceso de captación de SR en el municipio de Cali y su relación con los resultados alcanzados en el periodo 2012-2014 en el marco del macroproyecto de investigación “Evaluación de la Estrategia Alto a la TB en el Valle del Cauca, 2008-2014. Explicación de los resultados a partir de los procesos” de la Universidad del Valle, cofinanciado por Colciencias.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una investigación evaluativa de acuerdo al modelo de evaluación la Teoría del programa, que explora desde un enfoque comprensivo cómo se desarrolló el proceso y como se relacionan con los cambios (resultados) esperados, proponiendo recomendaciones enfocadas y concretas que atañen a la totalidad de la intervención. Los ejes centrales de evaluación (Procesos y Resultados) se abordaron integralmente a partir de la aplicación de métodos mixtos. Las unidades de observación comprendieron: 1) Autoridad sanitaria; 2) Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio de los regímenes contributivo subsidiado y las

Instituciones de Prestación de Servicios públicas y privadas que tienen el programa control de TB 4) Los líderes comunitarios que han participado en el proceso de captación de SR. Se exploraron las percepciones de los actores involucrados sobre la forma en que se desarrolló el proceso mediante el procesamiento y análisis de 54 entrevistas semiestructuradas en el software ETNOGRAPH 6.0 a partir del cual, se establecieron 5 categorías de análisis para los actores institucionales (Contexto, organización funcional, programación, ejecución y monitoreo y evaluación) y 3 categorías para los actores comunitarios (Participación, educación y Abogacía). Para describir los resultados se determinó el cumplimiento de indicadores relacionados con la captación según el Plan Estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015. Finalmente, mediante triangulación metodológica se establecieron las relaciones entre las tensiones y facilitadores identificados en los procesos y los resultados alcanzados.

Resultados: El promedio de captación de SR del periodo fue del 66%, el porcentaje de positividad de la Baciloscopias se encontró en 2% los dos primeros años de estudio y en 1% en el 2014, la concentración de Baciloscopias se comportó de forma similar cumpliendo con la meta mínima de 2,5% en 2012 y 2013 y descendiendo a 2,4 en el 2014, el porcentaje de detección de casos nuevos TB PBk+ promedio fue de 71 %, según el nivel de atención en promedio el 59% de los casos se identificaron en el nivel primario de atención y el 41% en el nivel secundario. El contexto socioeconómico se relacionó con un alto riesgo social y epidemiológico para la transmisión de la TB, la exploración de las acciones desarrolladas por los involucrados permitió identificar tensiones relacionadas con la metodología de determinación de las metas, la elevada rotación de personal, la captación inadecuada de casos en función del cumplimiento de coberturas, la baja sensibilización y formación del personal asistencial en el proceso, las representaciones sociales de estigma sobre los afectados y la ausencia de enfoque territorial y poblacional en el régimen contributivo, por su parte fueron facilitadores del proceso la implementación de estrategias de asistencia técnica a nivel institucional y de las estrategias de ACMS y DOTS comunitario y el compromiso

Uso de los resultados: Con el desarrollo de esta investigación se contribuye a comprender el proceso de captación de SR desde las percepciones de cada actor involucrado y cómo estos facilitan o limitan los resultados obtenidos, así como mejorar la calidad de las intervenciones para la detección temprana de casos de TB pulmonar bacilíferos.

Conclusiones: El estudio permitió reconocer la necesidad de ajuste de la metodología de determinación de las metas de captación en función de las condiciones socioeconómicas y diferenciales de los grupos en riesgo, fortalecer las estrategias de monitoreo y evaluación y la

formación de los actores en salud buscando su sensibilización y compromiso en el logro de objetivos del programa. Se requiere continuar el desarrollo de investigaciones evaluativas que integren las prácticas de búsqueda de ayuda de la población, las capacidades, comportamientos, percepciones y actitudes de los actores involucrados, así como la contribución de las comunidades a la detección de casos y el control de la TB

Palabras clave: Sintomáticos, Captación, Tuberculosis, evaluación , proceso

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pese a los avances en prevención y tratamiento de la tuberculosis (TB), esta continúa siendo un imperativo de la salud pública mundial. Cada persona que se ve afectada por TB implica no solo una situación de sufrimiento individual, también es una situación social que afecta a las redes de apoyo y a la comunidad tanto por su capacidad de transmitirla como de los costos sociales y económicos que produce. Es por ello que el manejo de esta enfermedad no solo puede ser individualizado, sino que, desde un punto de vista de salud pública, se deben implantar medidas para intentar controlar su producción social y transmisión en la comunidad, partiendo de la mejora de condiciones de equidad social y del diagnóstico y tratamiento temprano.

En este sentido, para combatir la enfermedad se han coordinado esfuerzos internacionales como la implementación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en 1995, la adopción de La Estrategia Alto a la TB (EA-TB) del 2006 al 2015 y la actual estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis 2015-2035.(1)

Para el periodo 2006- 2015 La Organización Mundial de la salud (OMS), planteo como eje central del control de la enfermedad, cortar la cadena de trasmisión, estableciendo metas basadas en una modelización epidemiológica, según la cual lograr una tasa de curación del 85% y la detección del 70% de los casos reduciría la prevalencia de los casos de TB infecciosa (con baciloscopia-BK positiva del esputo), lo cual permitiría la curación del 95% de los casos, siendo la búsqueda de personas SR y su evaluación con Baciloscopias de esputo en servicios de salud primarios el punto de partida de las acciones de control (1) .

Cada año se diagnostican y tratan eficazmente millones de personas con TB, lo que evito 53 millones de defunciones entre 2000 y 2017, pero continúan existiendo grandes dificultades en la detección. El último Informe Global de OMS, revela que durante el año 2017 aproximadamente 10, 4 millones de personas fueron diagnosticadas con la enfermedad y la TB fue la primera causa de muerte por una

enfermedad entre las enfermedades infecciosas, presentando 1,3 millones defunciones, con más del 95% de las muertes concentradas en países de ingresos bajos y medianos. La tasa de mortalidad Global está disminuyendo en aproximadamente 3% anual y la incidencia de TB 2% anualmente, por debajo de lo que se necesita para cumplir con los primeros hitos de la ESTRATEGIA FIN A LA TB en el año 2020. (2).

En la región de las Américas, en 2017 se diagnosticaron 227.250 nuevos casos de TB con una brecha de 50.824 de casos sin identificar, siendo Colombia uno de los 12 países que contribuye a esta brecha con aproximadamente 3000 casos anuales que se dejan de diagnosticar (3). Si bien el país alcanza la meta de reducción del 50% de la incidencia y mortalidad por TB en el 2015, presenta una reducción en la velocidad de la disminución anual de la incidencia que paso de 13,4% entre 2000 y 2007 a 1,6% entre 2007 y 2015 (3).

El Ministerio de Salud y Protección Social en la resolución 055 de 2016 indico que entre el 2001 y 2015, el número de SR a captar creció en un 56% , pero la captación promedio fue del 40%, por su parte la detección de casos de TB pulmonar baciloscopia positiva disminuyo en un 11,44% (4). En este sentido el lento progreso en el control de la enfermedad demanda evaluar los procesos desarrollados y plantear un nuevo enfoque, que considere no solamente los aspectos clínicos si no también sociales, políticos y económicos que influyen en la eliminación de la TB.

El Valle del Cauca ocupa el segundo lugar a nivel nacional frente a la carga de enfermedad (11,7%). Durante el periodo 2015 presentó una tasa de incidencia 32 casos por 100.000 habitantes, menor a la reportada en el 2012 de 42 casos por 100.000 habitantes. Si bien, el programa departamental reporta un aumento en el número de sintomáticos respiratorios examinados, se observa un bajo porcentaje de captación (39%), así mismo la detección de casos se mantiene por debajo de la meta. (4)

Cali es el municipio del que se deriva el 60% de los casos notificados al departamento, clasificándose como una zona de alto riesgo de transmisión de TB con una incidencia anual de más de 32 casos por

100.000 habitantes. En el análisis de la incidencia estratificado por comunas, muestra que el 86% de éstas se encuentran en riesgo alto a muy alto de infección-enfermedad, concentrándose en las comunas 3, 4, 8, 9, 13 y 20 las tasas más elevadas de notificación de nuevos casos (5)

Actualmente las metas específicas establecidas en la Estrategia Fin a la Tuberculosis consisten en reducir su mortalidad en 90% y su incidencia (nuevos casos anuales) en 80% al 2030, en comparación con las cifras de 2015. Para alcanzarlas es necesario que se presten servicios de atención y prevención de la TB en el contexto más general de la cobertura sanitaria universal, que se adopten medidas multisectoriales para hacer frente a las consecuencias y los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, y se hagan avances tecnológicos que permitan que la incidencia disminuya a un ritmo más rápido que hasta ahora (6).

En este sentido la identificación temprana de casos nuevos de TB pulmonar Baciloscopias positiva (BK+), es decir los casos de mayor potencial de transmisión, es una acción continua de la salud pública esencial para cortar la cadena de transmisión. La Captación consiste en tamizajes sucesivos identificando los SR (Personas con tos y expectoración por más de 15 días), mediante una búsqueda organizada y sistemática que comprende actividades de educación sobre síntomas, programación, búsqueda activa y pasiva, evaluación clínica/ bacteriológica (BK) y seguimiento de la persona SR para descartar o confirmar el diagnóstico de TB pulmonar por parte de los servicios de salud. La OMS estima que se requiere examinar a 55 SR con BK para encontrar un caso de TB Pulmonar positiva a la baciloscopia (8).

El alcance de este objetivo, así como el proceso de captación se encuentran influenciados por aspectos de carácter individual, endémicos, socioeconómicos, culturales y en especial con la capacidad de los programas de TB de identificar a las personas en riesgo y disponer de los medios para su diagnóstico. Al respecto la OMS en las últimas décadas ha venido dirigiendo un esfuerzo concertado con los programas nacionales, para ampliar la cobertura y efectividad de sus acciones, destacando la

importancia del monitoreo y la evaluación, como mecanismo para conocer puntos débiles e implementar medidas correctivas (7).

En este sentido, en Colombia el programa Nacional a través del Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015” estableció indicadores de monitoreo y evaluación, así como los sistemas de información para los programas de TB del país de acuerdo con las orientaciones de La Estrategia Alto a la TB y el Plan Mundial de Control de la TB impulsado por la OMS. Sin embargo, en Valle del Cauca, un informe del programa departamental expone que la desagregación de las intervenciones y la descoordinación entre los actores propia del sistema de salud, han dificultado determinar la cobertura real de las intervenciones del Plan y sus componentes en los municipios e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del departamento, lo cual también se relaciona con los problemas de calidad y subregistro que presentan los sistemas de información. (8)

El diagnóstico de los casos se hace por confirmación de laboratorio (73,9% en 2015). El tiempo entre el inicio de síntomas y de tratamiento es variable. En un estudio realizado en el año 2014, en las ocho ciudades de Colombia, se encontró que la mediana fue de 51 días (27–101 días), con tiempos mayores a 30 días en el 72% de los casos (9). En este sentido los problemas de control de la TB no solo se centran en la adherencia al tratamiento de las personas diagnosticadas oportunamente, si no en el gran número de personas enfermas que son fuente de infección (bacilíferos) que consultan tardíamente y que se dejan de buscar por parte de los servicios de salud.

Por otra parte, gran parte de la investigación en TB se ha centrado en los aspectos clínicos, epidemiológicos y tecnologías de diagnóstico de la enfermedad como lo muestra un estudio publicado en el año 2012 sobre la bibliometría de TB en el periodo 2000 a 2011, el cual concluye la necesidad de que en el país se realice mayor investigación que permita la formulación de políticas públicas (10).

Por lo anterior, siendo el proceso de captación de SR, la puerta del entrada a las acciones de control de la TB y dado los enfoques actuales de las estrategias de control en el municipio de Cali se requiere

contar con una evaluación comprensiva, que aporte evidencias más allá del cumplimiento de metas e indicadores y revele los mecanismos que implementaron cada actor y la forma en que se relacionaron con los resultados. Por lo cual el presente estudio se plantea responder las siguientes preguntas:

¿Cómo se desarrolló el proceso de captación de SR en el municipio de Cali, durante el periodo 2012-2014 desde la perspectiva de los involucrados? Y ¿Cuál es su relación con los resultados alcanzados en la detección temprana de casos?

La importancia de realizar la presente Investigación radica en la repercusión que tiene la identificación oportuna de TB en la población, que como se ha señalado anteriormente actúa en forma directa sobre la disminución de la propagación de la enfermedad y en el acceso oportuno al tratamiento de los afectados, siendo esencial proporcionar información válida y significativa al programa de control de TB municipal, que le permita redireccionar o mejorar las acciones y estrategias de captación que han presentado pocas variaciones en el actual Plan Final de la TB, así mismo se espera que la información pueda servir de referencia para la evaluación de otros aspectos del programa.

El estudio se desarrolló en el marco del proyecto **“Evaluación de la Estrategia Alto a la TB en el Valle del Cauca, 2008-2014. Explicación de los resultados a partir de los procesos” financiado por Colciencias que inicio en enero de 2014.** Los resultados contribuyen al alcance de los objetivos de investigación sobre el componente No 1 de la EATB “Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo”.¹

¹ Instituciones participantes: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública-CEDETES, Universidad Del Valle, Secretaria De Salud Departamental Del Valle Del Cauca, Secretaria Municipal De Salud De Cali, la Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública –FUNDESALUD

7. ESTADO DEL ARTE

La investigación evaluativa se centra en medir la capacidad de un programa social para cumplir con los objetivos que le fueron definidos, así como también del por qué este fracasa o logra alcanzar estos objetivos, aportándole a administradores, planificadores y técnicos información necesaria para controlar el desarrollo de los programas (monitoreo), reestructurarlos y hacerlos más efectivos. (20)

En el ámbito de los Programas de Control de Tuberculosis (PCTB,) la investigación evaluativa y más propiamente la de carácter operativo se han centrado en determinar los resultados mediante indicadores que han tenido un consenso internacional y de carácter cuantitativo, se dividen en indicadores de gestión, indicadores de resultados intermedios e indicadores de impacto (21).

Se incluirán en este apartado los aportes de investigaciones evaluativas generales de PCTB con sus hallazgos en la búsqueda de SR, objeto de estudio de la presente investigación. Así mismo las investigaciones incluidas en esta revisión no involucran la influencia del contexto histórico, político y social sobre la captación de SR, pero dan cuenta elementos esenciales tanto para comprender sus efectos generales en el programa como las fortalezas y debilidades en la captación de SR.

I. Evaluación De Resultados.

Respecto a la evaluación de resultados, en Tijuana México, se desarrolló un estudio en el año 2012 para evaluar la eficacia de las estrategias de tamizaje en pacientes de consulta externa de un hospital definidos como sintomáticos, 122 pacientes fueron identificados y solamente 57 completaron su tercera muestra de esputo, de los cuales 20 presentaron mala calidad. Ninguno de los pacientes presentó Baciloscopias positiva y únicamente 19 pacientes retornaron para conocer sus resultados. Los autores destacan la necesidad de generar estrategias que promuevan la eficacia en estas acciones, por ejemplo: proveer incentivos y estrategias como alimentos, apoyos para transporte, seguimiento telefónico o impresos que fomenten la calidad de estas estrategias (22)

En Cuba en el año 2012, se llevó a cabo una evaluación de los efectos la aplicación de un programa de capacitación para el diagnóstico de la tuberculosis según el indicador sintético de localización de casos en proveedores de salud, encontrando una mejora en la oportunidad del diagnóstico de la enfermedad y resaltando la importancia del indicador como una herramienta epidemiológica que potencia las acciones de control de tuberculosis (23).

En el año 2007 en el municipio de Santiago de Cali, Cubides y colaboradores (2013) evaluaron la estrategia DOTS, teniendo en cuenta el compromiso político, el acceso a la microscopia de esputo, el acceso ininterrumpido de fármacos, registro y notificación de casos y quimioterapia acortada supervisada. El estudio fue descriptivo de corte transversal en cual participaron 30 instituciones prestadoras de servicios de salud seleccionadas aleatoriamente. Los resultados arrojan que tan sólo 20% ordenaron realizar BK a los SR. (11).

II. Evaluación de procesos.

En torno a la evaluación de procesos, en Perú un estudio realizado para determinar el Cumplimiento de la Norma Técnica de Salud para el Control de TB, en relación a la evaluación de Sintomáticos Respiratorios y control de contactos de pacientes BK positivos en un hospital durante el año 2011, logro identificar que la proporción de SR examinados con dos muestras de esputo fue 52.1%; el porcentaje de visitas domiciliarias a los pacientes con diagnóstico de BK positivo fue 39.1%, el número de contactos examinados en relación a los contactos censados fue 12.8% del total. Presentando un 61% de incumplimiento de la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis en este aspecto (24)

En otro estudio realizado en Brasil en el año 2007, se evidenció debilidades de naturaleza operacional, relacionadas con la organización del servicio de salud local para la implantación de rutinas de

diagnóstico para la TB. Entre estas se detectó la ausencia de una rutina sistematizada para la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios, dificultades en la organización del material, para examen bacteriológico, abordaje inadecuado al paciente durante la recolección del esputo e insuficiente capacitación profesional y por lo que se encontró necesario efectuar mejoras en la organización de los servicios de detección precoz en el escenario indígena local. Según dicho estudio se cree que muchos casos de TB no se están diagnosticando, debido que los usuarios no tienen acceso a los servicios de salud o porque los profesionales de la salud no están alerta a la sintomatología respiratoria (25).

Un reporte de la Revista Cubana de higiene y Epidemiología (2010), especifica las estrategias de captación y detección desarrolladas PNCT de Cuba, recomendando que la pesquisa debe hacerse atendiendo a los principales factores de riesgo para la ocurrencia de la TB, como son el contacto de enfermos de TB, personas encarceladas o ex reclusos, personas que viven con (VIH/SIDA), personas con mala conducta social, alcohólicos, drogadictos, personas reclusas en instituciones de salud con internamiento prolongado, hospitales psiquiátricos, hogares de impedidos físicos y/o mentales, hogares de ancianos, trabajadores de la salud en contacto con enfermos con riesgo de enfermedades infecciosas, personas con enfermedades crónicas que reciben tratamiento prolongado con esteroides y personas con lesiones pulmonares fibro calcificadas residuales conocidas (26).

Otro artículo, publicado en el año 2010, señala que “la pesquisa activa de los casos de TB a partir de los SR del PNCT en algunos municipios de Cuba, no fue sistemáticamente implementada con procedimientos estandarizados, por lo cual se evalúa la factibilidad y el efecto inmediato de una intervención capacitante, para mejorar la pesquisa activa de SR en grupos de riesgo de padecer TB y la calidad del llenado de los registros del laboratorio, encontrando que la aplicación de estrategias educativas a los profesionales de salud mejoró los índices de captación y de detección de casos de TB, sin embargo, es necesario estandarizar dichas estrategias para poder ser implementadas en todo

el ámbito regional o nacional y así alcanzar logros más importantes y no quedarse solo en experiencias pilotos. (27).

En el año 2010 se llevó a cabo una evaluación de la calidad del programa control de la TB del municipio de Medellín, identificando en la gestión por procesos un nivel de desarrollo global de los estándares incipiente, el promedio global de adherencia a la guía de atención fue del 52%, correspondiente a un nivel medio de cumplimiento. En las clínicas y hospitales, se evidenció que los procesos de referencia y contrarreferencia no están articulados con la baja complejidad (12)

En un estudio que analizó la política de control de la TB en el país entre 1975 y 2010 se identificó un esfuerzo por precisar y fortalecer la política de control de la tuberculosis por parte del Ministerio de Salud y protección social, sin embargo los autores consideran que no se aborda la estructura del modelo de salud y los resultados encontrados no muestran aún una recuperación importante que permita lograr para el 2015 un aumento en la notificación, curación de al menos el 85% de pacientes con TB y la reducción en un 50% de la incidencia y mortalidad (15).

Otro estudio en 2013 analizó la estrategia de control de la TB según actores, funciones y procesos usando como base el “Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015”, concluyendo la excesiva complejidad del sistema actual, propicia problemas persistentes de coordinación y capacidad institucional, sugieren la necesidad de cambiar la estrategia actual para acercarla más las necesidades de los pacientes (28).

En el año 2015 se desarrolló en Instituciones cerradas de Pinar del Río una investigación evaluativa retrospectiva de procesos y resultados centrada en el análisis de los indicadores, comparando el resultado obtenido con los estándares establecidos en el PCTB del Ministerio de Salud Pública de Cuba, identificando que la captación de SR que si bien es la actividad fundamental de pesquisa para encontrar rápidamente el mayor número de enfermos, este indicador se ubicó por debajo del estándar

establecido, esta situación se explica por la falta de pensamiento epidemiológico por parte del personal de salud para realizar búsqueda activa en poblaciones con alta vulnerabilidad (29).

Una evaluación del Cumplimiento de la norma técnica de salud para la atención integral de la Tuberculosis en el Centro de Salud Atusparias en el distrito de José Leonardo Ortiz, para el periodo enero - junio 2016, encontró que el porcentaje de Sintomáticos Respiratorios examinados con dos muestras de esputo fue 43,3%; el porcentaje de visitas domiciliarias a los pacientes con diagnóstico de BK positivo fue 34,78%, , lo cual mostró que en general existe un 53% de incumplimiento de la Norma Técnica de Salud para la atención integral de la Tuberculosis (30).

En el año 2018 una revisión sistemática de literatura sobre el enfoque poblacional del proceso de captación, resalto que las prevalencias de SR se han centrado en su estimación en el nivel pero son escasas las estimaciones y estrategias desarrolladas en el nivel comunitario, también indica que en el país, la necesidad de realizar estudios epidemiológicos de SR dado que la información de SR proviene de las instituciones prestadoras de servicios de salud, pero aún existen limitaciones respecto al conocimiento de la prevalencia poblacional de esta condición de salud, la cual podría tener un comportamiento diferencial respecto a la información reportada por la OMS (31).

De acuerdo con lo anterior se establece la necesidad de indagar el proceso de captación de SR desde la perspectiva de los involucrados, el contexto en que se desarrolló y a su relación con los resultados alcanzados, atendiendo la complejidad del proceso. Es decir, se plantea el desarrollo de una investigación evaluativo de enfoque comprensivo.

8. MARCO TEÓRICO

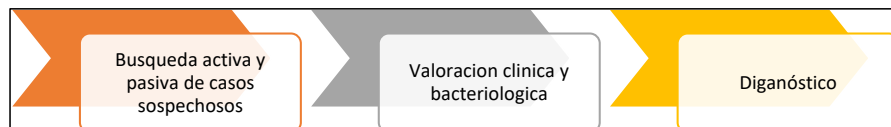
El marco teórico de la presente investigación comprende la presentación de conceptos generales en torno a la captación de SR, la investigación evaluativa y la descripción de los elementos que abarcará el modelo teórico de evaluación.

8.1 Conceptos generales de la Captación de SR

La captación de SR para el diagnóstico de la TB pulmonar se constituye como una de las herramientas más importantes desde el punto de vista de salud pública. En Colombia la captación tiene dos fases: la búsqueda activa y pasiva de sospechosos y la segunda fase corresponde a su evaluación teniendo en cuenta aspectos clínicos y mediante pruebas para la confirmación bacteriológica, llegando al diagnóstico propiamente dicho (Figura No 1).

Como sospechosos se entiende todas las personas con alta probabilidad de tener la enfermedad al presentar síntomas presuntivos, siendo la manifestación pulmonar más frecuente la tos seca al comienzo y luego con expectoración mucopurulenta, algunas veces con sangre y en raras ocasiones franca expulsión de sangre o hemoptisis. La tos, aunque poca específica para el diagnóstico, tiene suma importancia si se aplica el concepto del sintomático respiratorio, que se define como: cualquier persona con tos por más de quince días y a quien hay que hacer la búsqueda del bacilo tuberculoso en tres muestras de esputo (32).

Figura No 1 Actividades Del Proceso De Captación De Sintomáticos Respiratorios



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión guía 412 de 2000 MSYPS.

En la valoración el examen bacilosκόpico directo (Baciloscopias) es el primer método empleado dado su sencillez, rapidez y bajo costo donde se puede confirmar casos de tuberculosis además se realiza una estimación cuantitativa del grado de contagiosidad del paciente aportando un valioso elemento clínico y epidemiológico (32).

La sensibilidad de la baciloscopia en términos estrictos es baja (50 a 60%), señalando que un resultado negativo no descarta la enfermedad (falsos negativos), pero ello está en relación con diferentes factores que oscilan desde la calidad de la muestra, pericia del personal, la prevalencia de la TB en la zona donde se practique y el tipo morfológico de la afectación pulmonar, ya que si existen cavernas la sensibilidad alcanza 80%, con infiltrados alveolares 50 a 60% y con nódulos o masas es menos de 50% (33).

La Baciloscopias consta de cuatro pasos: recolección de la muestra, extendido, coloración y lectura. Desde el punto de vista operativo la realización de estos pasos depende de la complejidad (recurso y capacitación) de cada institución. La descripción completa de cada uno de los pasos de la Baciloscopias y sus aspectos operativos se encuentra en el Manual de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Tuberculosis y en el Manual de Normas Técnicas en Micobacteriología del Instituto Nacional de Salud (34). Estos lineamientos acogen la modelación epidemiológica establecida por la OMS para el establecimiento de metas de la Estrategia Alto a la TB.

Se resalta que debe ser seriada, es decir tres Baciloscopias consecutivas del esputo; ya que una sola muestra deja escapar poco más del 20% de los enfermos que serían positivos a la Baciloscopias. Las muestras deben tomarse idealmente en tres días diferentes, pero si las circunstancias lo justifican pueden recogerse el mismo día en momentos distintos (34).

8.2 Investigación evaluativa.

A nivel internacional crece el interés sobre la evaluación de determinados programas e intervenciones sociales, como mecanismo para determinar la calidad, eficacia, eficiencia, efectividad, el costo-beneficio de introducir mejoras o nuevas estrategias, además de determinar los resultados a corto y largo plazo (35). En este sentido. Se han planteado en diferentes nociones sobre el concepto de evaluación dentro de los programas de salud pública:

La OMS define la evaluación de programas de salud como: “...un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre distintas posibilidades de acción futura” (36).

La evaluación también se ha definido como la “valoración sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política que se está desarrollando o se ha completado, teniendo en cuenta el diseño, la implementación y los resultados. La evaluación debe brindar información creíble y útil, que posibilite la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones” (OECD, 1998). (37)

Desde la óptica de investigación, Correa (2002) considera que la evaluación establece criterios claros y específicos que garanticen el éxito del proceso, reúne sistemáticamente información, pruebas y testimonios de una muestra representativa de las audiencias que conforman el programa u objeto para evaluar, traduce dicha información a expresiones valorativas y las compara con los criterios inicialmente establecidos y finalmente saca conclusiones. (38), así mismo Schuman (1967) define la investigación evaluativa, como “... un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferencia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento, pero si proporcionar información para la planificación del programa, su realización y su desarrollo. (39)

Al igual que la variedad de nociones conceptuales se presentan diferentes posiciones en torno a lo que se podría denominar modelos, escuelas o enfoques de evaluación. Restrepo (1974) citado por

Correa-Urbe (2002), identifica dos grandes escuelas de evaluación: la que tiene más en cuenta los resultados y la congruencia de estos con los objetivos, que se denomina evaluación de producto y aquella que presta atención al contexto, a los insumos, a los procesos y a los productos, que se denomina evaluación globalizadora. (40)

La investigación evaluativa también puede clasificarse según el uso que se dará a los resultados, tales como iluminativa, formativa y sumatoria; adicionalmente, según el objeto de la evaluación existen clasificaciones que hablan de evaluación de diseño, de proceso, de consistencia y resultado. También se encuentran en la literatura referencias a evaluación de meta u objetivo libre (goal free evaluación), evaluación focalizada en la utilización y evaluación realista –contexto, mecanismos y resultados (41).

En la práctica, con frecuencia se combinan enfoques y procedimientos de uno o más modelos y, con base en ellos, los investigadores definen su diseño específico de evaluación. Lo anterior, tal como lo plantea Briones (1985) citado por Correa-Urbe (2002), no sugiere un eclecticismo arbitrario, sino un esfuerzo teórico y metodológico en la búsqueda de una propuesta que responda a necesidades y requerimientos del programa que se va a evaluar, así como a las características y limitaciones que existen en la realidad (42).

Frente a lo anterior, la presente investigación retoma el modelo de evaluación de La Teoría del Programa (program theory), modelo que se ha incorporado recientemente de manera explícita a la teoría y práctica de la evaluación, aunque según Rossi et al (1999) ya desde los años 70 varios autores líderes en el campo reconocieron y discutieron la importancia de nociones similares. De esta forma, se han utilizado diferentes nombres para identificar este concepto y se han dado diferentes descripciones para definirlo. Así, se habla de “modelo lógica” (modelo lógico o lógica del modelo), “programa logic” (lógica del programa), “causal lógica” (lógica causal), línea de resultados, mapa causal y también de “theory driven evaluation” (evaluación dirigida por la teoría) (H.T. Chen, 1990) (42-45).

De forma resumida se puede definir la evaluación de la teoría del programa como un proceso que en primer lugar identifica cómo funciona la intervención y qué resultados pretende obtener construyendo un modelo teórico del programa, y, en segundo lugar, estructura todo el proceso de indagación a través de dicho modelo teórico

Este modelo de evaluación tiene como finalidad comprender las cadenas o secuencias causales que provocan los resultados. Su intención es saber por qué han ocurrido las cosas, proponiendo recomendaciones enfocadas y concretas que atañen a la totalidad de la intervención. Si se quiere enjuiciar después de la comprensión se puede, pero el modelo no está dirigido hacia el juicio, no lo necesita, ya que su finalidad principal es la ilustración (enlightment) y la comprensión (46).

Se han desarrollado variados sistemas de identificación de la teoría de un programa. Por citar algunas propuestas, en 1966 Donabedian desarrolló un concepto integral de la calidad hospitalaria, donde considero que “está influida por diversos elementos relacionados armónicamente y los agrupa en tres niveles: estructura física de la organización, proceso desarrollado para prestar a la asistencia y el resultado obtenido. Stufflebeam y colaboradores diferenciaron entre contexto, inputs, procesos y productos (CIPP), siendo las dimensiones que abarcan toda la secuencia clave para el desarrollo de una intervención (47). En 1967 Robert Stake definió un modelo que proponía recoger información sobre los antecedentes, las transacciones y los resultados del programa para poder comprenderlo (48).

Estos autores alertaron del peligro de extraer conclusiones a partir de la evaluación de los resultados de programas que habían sido pobremente implementados, ya que una deficiente implementación puede crear algunos problemas, tales como una desviación de la intervención prescrita, una dosis inadecuada, ya sea por exceso o por defecto de lo diseñado, o que existan algunos elementos ocultos en el programa que puedan influenciar de forma decisiva los resultados alcanzados (49).

La falta de éxito del programa puede deberse a muchas causas diferentes incluyendo un diseño pobre o inadecuado, pero también puede obedecer a una implementación deficiente o un fracaso a la hora

de llegar a un número suficiente de participantes. La evaluación del proceso de captación de SR servirá para abrir esa “caja negra” y averiguar qué está ocurriendo y cómo puede afectar a sus resultados.

La evaluación de la teoría del programa comprende dos elementos básicos, que se incluirán en la presente investigación.

- La teoría de la implementación o proceso se centra en el contexto y en los mecanismos internos de producción, en cómo suceden las cosas, todo lo que hace y ocurre en el programa, abarca acciones, decisiones, personas y los recursos o elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar (dimensión estructural).
- La teoría del resultado relata la naturaleza del cambio en las condiciones provocadas por la acción del programa, abarca tanto la identificación de resultados o productos según los objetivos como del impacto (este último aspecto no se abordará en este estudio).

A partir de lo anterior continuación, se describen cada uno de los componentes del modelo de evaluación a desarrollar:

1. Evaluación de la Teoría de la implementación o proceso.

El estudio establece como dimensiones a explorar en el proceso, el contexto social y político en que se desarrolló la captación de SR, la identificación de actores con sus capacidades y competencias establecidas en los lineamientos normativos del PNCTB en ejecución durante el periodo de estudio.

La indagación sobre las acciones y estrategias desarrolladas se explora sobre los aspectos relacionados con la planificación, identificación de SR, Evaluación clínica y bacteriológica de los casos y el monitoreo y evaluación.

Para comprender los aspectos críticos del proceso, se retomó la herramienta metodológica Bit-Pase3 (balances, interacciones y tensiones en las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica) aplicada para los procesos de planificación poblacional y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social (50). A partir del cual, se planteó la identificación de tensiones y facilitadores del proceso. Las tensiones referidas a las presiones internas y externas que se generan en las dimensiones del proceso de captación de sintomáticos respiratorios que producen cierto grado de estrés llevando a la limitación de su desarrollo y los facilitadores corresponden a los elementos internos y externos presentes en el proceso que contribuyen a su desarrollo óptimo.

Evaluación de la teoría de los resultados:

La evaluación de los resultados consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos. En salud pública es habitual que los resultados directos del programa no se traduzcan de forma inmediata en una reducción de la mortalidad o de la morbilidad, por lo que suele distinguirse entre los resultados directos o inmediatos y los resultados a largo plazo. Con relación a los resultados, también suele distinguirse entre eficacia y efectividad, en función de si éstos se miden en los receptores del programa o de la intervención (eficacia) o en el conjunto de la población diana (efectividad) (51).

La evaluación de resultados en la Estrategia Alto a la TB e incluidos en el plan nacional de Colombia, en particular presenta un modelo clásico de evaluación, que consiste en la consecución de Objetivos, es decir se centra únicamente en determinar el cumplimiento de las metas.

Sobre la metodología de evaluación señalada Ernest House menciona que en este tipo de evaluación se toma los objetivos del programa, tal como aparecen enunciados y luego se recopila evidencia sobre si alcanzado o no esos objetivos. Los objetivos sirven como fuente exclusiva de normas y criterios.

El evaluador valora lo que los programas afirman que este intenta alcanzar. La discrepancia entre los objetivos enunciados y los resultados alcanzados constituyen la medida del éxito del programa. (52)

Para el caso de la captación la evaluación de resultados se retoman los indicadores operacionales por el PCTB nacional para la vigencia de estudio, los cuales se clasifican en los siguientes grupos:

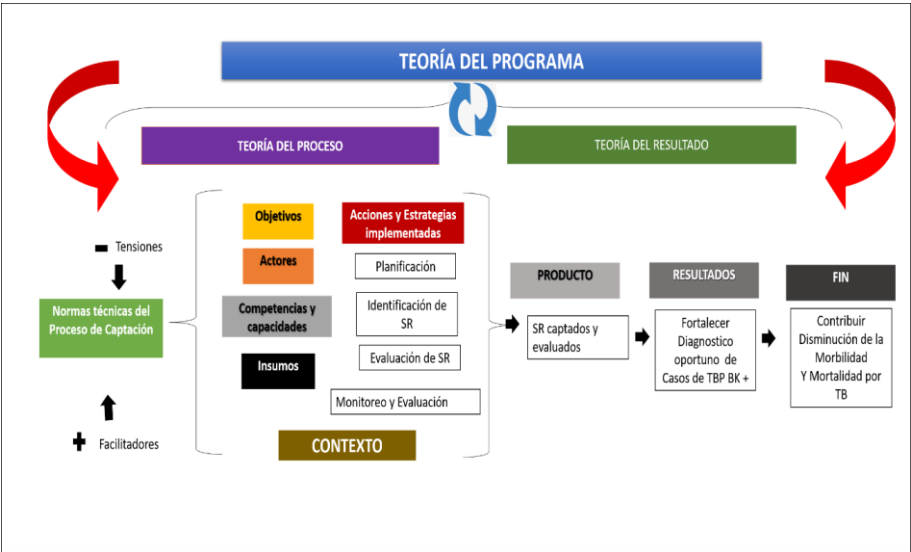
1) Indicadores de eficacia del proceso:

- La proporción de sintomáticos respiratorios identificados revela la cobertura de la búsqueda de sujetos con riesgo de padecer de TB.
- La positividad muestra el alcance del diagnóstico
- El promedio de Baciloscopias se relaciona con el proceso de evaluación

3) Indicador del resultado directo:

- El porcentaje de detección de casos TBP BK (+) nuevos es una medida del resultado final del proceso, este indicador se desagrega en el nivel de atención y régimen de afiliación permitiendo identificar diferencias en los resultados según la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Figura No 2 Modelo de evaluación del proceso de captación de SR en el municipio de Cali y sus resultados en el periodo 2012-2014.



Fuente: Elaboración Propia

9. OBJETIVOS

9.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de captación de SR en el municipio de Cali y su relación con los resultados alcanzados durante el periodo 2012-2014.

9.2 Objetivos específicos

1. Describir el proceso de captación de SR desde la perspectiva de los actores involucrados y el contexto del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.
2. Determinar los resultados del proceso de captación de SR en el municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.
3. Identificar las relaciones entre los resultados y el proceso de captación de SR desarrollado por los diferentes actores del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.

10. METODOLOGÍA

10.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se llevó a cabo una investigación evaluativa con la aplicación de métodos mixtos desde un diseño explicativo secuencial. La pregunta de investigación abordó las dimensiones de procesos y resultados de la captación de SR, buscando resolver las siguientes cuestiones:

1. ¿Cómo se desarrolló el proceso de captación de SR en cada actor?
2. ¿Qué resultados se obtuvieron en el municipio de Cali?
3. ¿Cómo se relacionan el proceso con los resultados obtenidos?

10.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La metodología para la definición de la muestra y la recolección de información parte de lo establecido por el proyecto **“EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS EN EL VALLE DEL CAUCA, 2008-2014. EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LOS PROCESOS”**² del cual se retomó la información del periodo 2012- 2014 en el municipio de Cali.

² Instituciones participantes: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública-CEDETES, Universidad Del Valle, Secretaria De Salud Departamental Del Valle Del Cauca, Secretaria Municipal De Salud De Cali, la Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública –FUNDESALUD

El estudio contó con tres niveles de observación:

1) **Autoridad sanitaria:** compuesto por funcionarios que hacen parte de la dirección y la coordinación del programa de control de tuberculosis del programa municipal de TB.

2) **Aseguradoras e Instituciones de Salud:** Lo conforman Los funcionarios de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de régimen subsidiado y contributivo, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las Empresas Sociales de Estado ESE`s.

3) **Líderes Comunitarios:** correspondiente a personas de la comunidad que participaron en forma directa en el proceso de captación de sintomáticos respiratorios en el municipio de Cali.

A continuación, se describe los criterios de selección de cada unidad de observación acordes con los criterios del macroproyecto:

1. **Autoridad Sanitaria:** Se incluyeron el personal a cargo de la coordinación del PCTB municipal, sus equipos y representantes del área de vigilancia y prestación de servicios, de la Secretaria de Salud Pública de Cali, que durante el periodo analizado tuvieron relación directa con la planificación, gestión, operación, vigilancia, monitoreo y evaluación del proceso de captación de SR.
2. **EAPB e IPS:** Se incluyó a 2 EAPB del régimen subsidiado y 2 EAPB contributivas y las IPS y ESE`s que tienen el PCTB y que son de nivel 1, obteniendo un total de 98 IPS que cumplían el criterio, a partir de los cual se realizó un muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta el promedio de casos de TB por IPS, después se calculó el tamaño de muestra, el cual tiene un nivel de confianza del 90% y un error de estimación para el promedio de 5 casos de TB.

Se obtuvo un primer tamaño de muestra de 17 IPS, el cual se corrige por ser superior al 5% del número de IPS de Cali, $no = (N * n) / (N + n) = 15$

Luego mediante muestreo sistemático se realizó la selección de las IPS, para llevar a cabo este tipo de muestreo debe tenerse un orden establecido, en este caso se tiene en cuenta el número de casos presentados durante el año 2013, se ordenan las IPS de acuerdo a este criterio, y posteriormente se realiza la función en Excel =ALEATORIO.ENTRE (1; 6) y se obtiene el número 4, luego de forma sistemática se salta cada 6, obteniendo la muestra definitiva de IPS que serán estudiadas.

Fórmula para el cálculo de IPS:

TAMAÑO DE MUESTRA PARA PROMEDIO

PARÁMETROS		Z 90% Confianza		1,65
N	98	IPS		
Z	1,65			
S	13,8910885	Desviación Estándar		
e	5	Error en la estimación del Promedio		
no =		NZ^2S^2	51483,32	17
		$e^2(N-1) + Z^2S^2$	2950,34	
f =	17,8%	El tamaño de muestra se corrige cuando el factor de corrección (f) es mayor de 5%.		
		Promedio	9,918367347	
n =	15	Desv. Estándar	13,89108849	

3. **Líderes comunitarios:** Se incluyeron por conveniencia a partir de la información entregada por el programa municipal 4 líderes de la comuna 20 de Cali que participaron en el proceso de captación de SR a partir de la estrategia de DOTS comunitario implantada en el municipio en este periodo, con el fin de conocer sus experiencias y percepciones sobre el proceso durante el período 2012- 2014.

A continuación, se presenta la Metodología de recolección y análisis de información que retoma y adapta la desarrollada por el macroproyecto según los objetivos específicos de la presente investigación:

Objetivo No. 1: Describir el proceso de captación de SR desarrollado por los diferentes actores involucrados del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014

Para alcanzar este objetivo se llevó a cabo la reconstrucción del marco lógico del proceso de captación de SR en cada nivel de observación a partir de la indagación de las percepciones de los involucrados registradas en las 44 entrevistas obtenidas por el macroproyecto de investigación y de 10 entrevistas de profundización del proceso de captación con el personal de enfermería y laboratorio de las IPS seleccionadas en la muestra. Por otro lado, se desarrolló revisión documental del marco normativo e informes ejecutivos de los procesos que realizaron los actores.

A continuación, se describe la metodología de recolección y análisis de fuentes secundarias como por fuentes directas de información.

FUENTES SECUNDARIAS

Las fuentes secundarias incluyeron la revisión de informes de planificación, gestión, actividades, memorias institucionales y de grupos comunitarios, informes de ejecución y planes territoriales de salud.

Para lo anterior se diseñó un instrumento de revisión documental, el cual abarcó categorías relacionadas con el proceso de captación de SR según los lineamientos programáticos nacionales y el Plan Estratégico del Departamento del Valle del Cauca. (Anexo No 2)

Otra fuente de información secundaria fueron las entrevistas desarrolladas en el municipio de Cali por el “**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA ALTO A**

LA TUBERCULOSIS EN EL VALLE DEL CAUCA, 2008-2014. EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LOS PROCESOS”.

Para el desarrollo de estas entrevistas, se solicitó la autorización de participación de cada entidad y se contó con el consentimiento informado de cada participante. En total se realizaron 44 entrevistas con personal de la Entidad Territorial, de las EAPB, IPS públicas y privadas. Los instrumentos guía para la aplicación de estas entrevistas fueron probados en una IPS Publica del Municipio de Cali y ajustados de acuerdo con los resultados de la prueba.

Las entrevistas fueron aplicadas por 7 (siete) profesionales de salud u otras disciplinas de las ciencias sociales, previo entrenamiento, tanto en la Estrategia Alto a la TB y sus componentes, como en los planes de aplicación de esta en los niveles territoriales, en las técnicas de entrevista, en los conceptos de proceso, capacidades, en las definiciones operativas de las subcategorías de cada uno de estos componentes del análisis.

Para el desarrollo de la entrevista se diseñó una guía de preguntas con categorías de capacidades y procesos gerenciales, misionales y de apoyo para cada uno de los niveles de observación. En el caso de este estudio se utilizará la información del proceso misional de captación y detección de casos.

Se debe señalar que de acuerdo con el marco teórico de esta evaluación (teoría de la implementación) la categoría de capacidades del instrumento será parte del análisis del proceso.

El total de entrevistas fueron procesadas en el software etnograph 6.0 y codificadas según categorías relacionas con las dimensiones del proceso y clasificadas según el tipo de actor.

FUENTES PRIMARIAS

Para la recolección de información de fuentes primarias se planteó inicialmente la técnica de grupos focales, que se enmarca dentro de la investigación socio-cualitativa, y consiste en la recolección de

información basada en entrevistas colectivas y semiestructuradas realizadas a grupos homogéneos (53); sin embargo en el proceso de convocatoria del primer grupo focal solo se logró la asistencia de 2 personas, logrando identificar dificultades con la disponibilidad de tiempos y traslado hacia el lugar convocado, por lo cual se ajustó la metodología al desarrollo de entrevistas grupales e individuales semiestructuradas en los puestos de trabajo de los actores seleccionados.

Dado que el personal de enfermería y de bacteriología desempeñan un rol fundamental en la gestión y ejecución de acciones en el programa de Control de TB se enfocó sobre esta población la recolección de información por la técnica entrevistas. En el caso de las organizaciones comunitarias y líderes se incluyeron 4 líderes que participaron en el proceso de captación de SR en la comuna 20, referenciados como la primera experiencia de la estrategia de DOTS comunitaria implementada desde el año 2012 en el municipio.

Para el desarrollo de las entrevistas se elaboraron tres guías con 10 preguntas abiertas orientadas a conocer las experiencias y percepciones de los participantes frente a al desarrollo del proceso de captación de sintomáticos respiratorios sus variaciones y dimensión estructural (Ver anexo 3 y 4) Se desarrolló consentimiento informado en cada entrevista, se realizó grabación de audio y posteriormente se transcribieron y procesaron en el software de análisis cualitativo Etnograph V.0 6.0 en conjunto con la información recolectada por fuentes secundarias.

De acuerdo a la herramienta metodológica Bit-Pase3 (balances, interacciones y tensiones en las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica) aplicada para los procesos de planificación poblacional y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social (50), se planteó la identificación de tensiones y facilitadores del proceso, entendidas como las presiones negativas y positivas que influyeron en el proceso.

Objetivo No 2. Determinar los resultados de la captación de SR en el municipio de Cali durante el periodo 2012-2014

Para cumplir con este objetivo se recolectó información de indicadores relacionados con los productos y resultados de la captación de SR del municipio, inicialmente se planteó la revisión de resultados en cada nivel de observación en relación a los indicadores establecidos por el Plan Estratégico Valle libre de tuberculosis, el protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud y la Resolución 412 de 2000, (Tabla No 2), sin embargo en la recolección de información se encontró diferencias en las fuentes de información de cada nivel de observación subregistro, pérdida de información, resultados disímiles entre las fuentes consultadas, por lo cual no fue posible obtener información del periodo de cada actor que permitieran su comparación.

Las fuentes de información secundaria de las instituciones y entidades participantes consultadas correspondieron a:

- Los Libros de sintomáticos respiratorios
- Libros de Baciloscopias y cultivos del laboratorio
- Los informes trimestrales de casos y actividades.

Se definió estimar el porcentaje de cumplimiento en la captación de SR según el lineamiento establecido en la circular 0058 de 2009 donde se define que la meta de sintomáticos respiratorios para las entidades territoriales se realiza sobre el 50% de la población mayor de 15 años proyectada por el DANE para el año en curso y de esta población se estima que el 5% son sintomáticos respiratorios

Se realizó revisión y comparación de los indicadores a partir del año 2012 con lo reportado considerando el dato del laboratorio prioritariamente con mayor confiabilidad, pero además correlacionando con lo reportado desde el PCTB municipal.

En cuanto al porcentaje del diagnóstico de tuberculosis en el nivel II y III de atención se revisó la base de datos de SIVIGILA consolidada para la variable UPGD de reporte ajustando la misma UPGD con varios nombres registrados y adicionando la variable nivel de atención unificando los niveles II y III en uno sólo con el cual se realizó la estimación del indicador teniendo en cuenta el municipio de residencia de los pacientes.

La estimación de los indicadores se realizó teniendo en cuenta la definición operacional establecida en el manual de indicadores para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud, la resolución 412 de 2000 y la Circular 0058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla No 1. Indicadores de resultados del Proceso de Captación de sintomáticos Respiratorios

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Fuente	Interpretación / Meta mínima esperada
Porcentaje cumplimiento en captación de SR	Mide el porcentaje de cumplimiento en la captación y examen de sospechosos de padecer la enfermedad. Orienta sobre la prevalencia de sintomáticos respiratorios en la comunidad que demanda servicios de salud.	N. ° SR Examinados con BK esputo	N. ° SR Programados *100	Informe de Casos y Actividades Informe consolidado de Baciloscopias y cultivo del laboratorio Departamental	80%
Porcentaje cumplimiento detección	Mide el porcentaje de cumplimiento en la detección de los casos pulmonares con Baciloscopias positiva Nota: BK + esperados=N.° SR esperados*2.5%	Casos nuevos Bk+	N.° Bk + esperados*100	Informe consolidado de Baciloscopias y cultivos laboratorio departamental SIVIGILA	70%
Porcentaje de positividad a la Baciloscopias	Este indicador mide la probabilidad de que un SR sea positivo al examinarse; su valor real está determinado por la prevalencia de la enfermedad, pero está artificialmente elevado cuando hay una baja captación de sintomáticos y se ordena el examen solo a quien tiene un cuadro florido de la enfermedad. Cuando hay un	N° SR Positivos a la Baciloscopias	N. ° SR Examinados con BK de esputo*100	Informe de casos y actividades Informe consolidado de Baciloscopias y cultivos laboratorio Departamental SIVIGILA	5%

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Fuente	Interpretación / Meta mínima esperada
	incremento sostenido en la captación y examen de sintomáticos, el indicador se hace progresivamente menor				
Promedio de Baciloscopias	Determina el número promedio de Baciloscopias seriadas realizadas a los SR captados	N. °. SR Examinados con BK esputo	No de Baciloscopias de esputo realizadas	Informe consolidado de Baciloscopias del laboratorio Departamental	2.5
Porcentaje del diagnóstico de TB BK+ (casos dx nivel II y III)	Proporción de casos tuberculosis BK + a los cuales se les realizó diagnóstico de TB en nivel de atención II y III en relación con el total de casos tuberculosis BK + en SIVIGILA	Total, casos tuberculosis BK + a los cuales se les realizó diagnóstico de TB en nivel de atención II y III	Total, casos de tuberculosis todas las formas*	SIVIGILA	Se considera favorable que la mayor parte de los casos bacilíferos sean identificados en forma temprana en los servicios de salud del componente primario

Fuente: Elaboración propia según Plan departamental de Control de Tuberculosis del Valle del

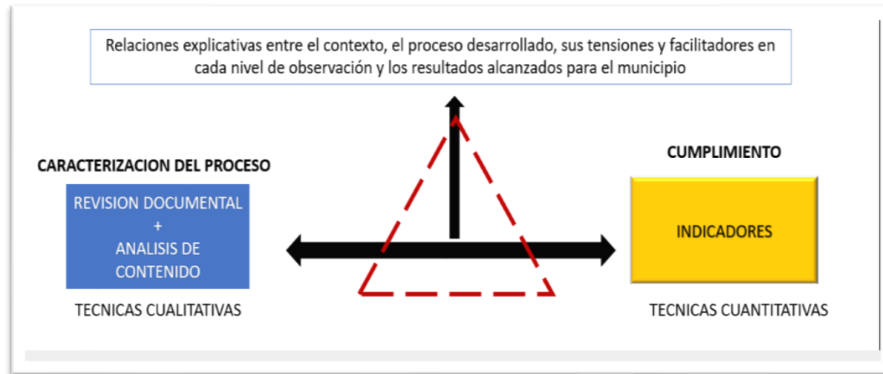
Cauca 2012-2015

Objetivo No 3: Identificar las relaciones entre los resultados y la calidad y cobertura del proceso de captación de SR desarrollado por los diferentes actores del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.

Este objetivo tuvo una finalidad comprensiva, toda vez que buscó establecer relaciones explicativas entre las condiciones del desarrollo del proceso de captación de SR en cada nivel de observación y los resultados alcanzados para el municipio. Para el cumplimiento de este objetivo se integró la información de los objetivos mediante triangulación metodológica, definida como el uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno (54).

En esta investigación al utilizar en la triangulación diferentes métodos se busca analizar el proceso de captación a través de diversos acercamientos. La información cualitativa recolectada en el objetivo No 1, sobre el proceso de la revisión documental del contexto y análisis de entrevistas de los involucrados se integró para identificar categorías de análisis emergentes dentro de las tensiones y facilitadores del proceso en cada nivel de observación, por su parte la información cuantitativa correspondió al cumplimiento de indicadores. Posteriormente a través de del análisis exploratorio secuencial se empezaron a identificar las relaciones con los resultados de cada indicador, lo cual permitió analizar aspectos críticos sobre los cuales se deben concentrar los esfuerzos y hacer los ajustes, pero, por otra parte, aquellas situaciones y condiciones externas que jugaron un papel determinante en los resultados.

Figura No 3. Triangulación metodológica. Evaluación del proceso de captación de SR. Cali 2012-2014



Fuente: Elaboración propia

11. PLAN DE ANÁLISIS.

Análisis de información cualitativa de fuentes secundarias. La información recogida de fuentes secundarias y entrevistas se analizó de acuerdo con las categorías definidas, apoyados con Excel para elaboración de rejillas y procesadores de texto como el Word.

El análisis de este tipo de información cumplió tres etapas: la codificación abierta, la codificación axial y la selectiva.

La primera etapa fue el análisis descriptivo, el cual abrió la indagación y consistió en construir códigos abstractos a partir de datos particulares; su primer paso fue la codificación –provisional-- de los datos obtenidos, implicó su fragmentación, conceptualización y su articulación analítica de un modo nuevo.

La segunda etapa fue el análisis relacional e incluyó dos pasos sucesivos: la codificación axial y la codificación selectiva. Su objetivo fue establecer relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojan los resultados descriptivos. La codificación axial significa el análisis intenso de cada categoría y permite develar las relaciones entre las mismas, permitiendo, por lo tanto, avanzar hacia el paso siguiente que es la integración de categorías y sus propiedades. La codificación selectiva implica la integración de la categoría y sus propiedades, o sea el proceso de reducción de categorías por descarte, por fusión o transformación conceptual en otras categorías de nivel superior. Se utilizó el software ETHNOGRAPH, 6.0V como apoyo para la organización y clasificación de la información.

El análisis final implicó la contrastación entre los resultados del estudio, el planteamiento teórico del estudio, los resultados de otras investigaciones relacionadas, desarrolladas en contextos similares incluso con abordajes metodológicos diferentes.

Las categorías resultantes del proceso de codificación se resumen en el siguiente cuadro, según nivel de observación:

*Tabla 1. Categorías de análisis cualitativo. Proceso de captación de Sintomáticos Respiratorios.
Municipio de Cali 2012-2014*

NIVEL	CATEGORIA	DESCRIPCION
AUTORIDAD SANITARIA, EAPB, IPS	ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	Comprende la división de las funciones y actividades de los equipos de trabajo para operar el programa de control de tuberculosis, las acciones de planificación para el alcance de metas municipales y el establecimiento de orientaciones técnicas acordes al análisis de situación de salud y marco normativo legal.
	PROGRAMACIÓN	Conjunto de acciones desarrolladas para estimar las metas de cobertura del proceso de captación de sintomáticos respiratorios, la planificación de recursos acorde el marco legal vigente y las necesidades identificadas en las poblaciones objeto
	EJECUCIÓN	Corresponde al conjunto de actividades desarrolladas para gestionar o implementar el proceso de captación de sintomáticos respiratorios según las competencias referidas por el marco legal del programa. Dentro de este ámbito se identifica las acciones de información, educación y comunicación, la identificación de grupos vulnerables, la búsqueda activa y pasiva institucional, la evaluación y seguimiento de sintomáticos respiratorios
	MONITOREO, EVALUACIÓN	Acciones de Recolección, análisis de fuentes de información derivadas del proceso de captación de sintomáticos respiratorios que permiten realizar seguimiento al progreso y alcance de objetivos en torno al proceso de captación

		de sintomáticos respiratorios, así como guiar las decisiones de gestión y el desarrollo de investigaciones que fortalezcan
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	PARTICIPACION	Participación de las comunidades en la identificación y canalización de personas con síntomas respiratorios
	EDUCACIÓN	Estrategias de información y educación para la prevención e identificación oportuna de casos sospechosos desarrolladas por la comunidad
	ABOGACIA	Acciones colectivas para impulsar el fortalecimiento del acceso efectivo a servicios de salud de las personas en riesgo de tuberculosis y cambios sociales sobre las condiciones que generan su vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de entrevistas de los involucrados en el proceso.

Para comprender los aspectos críticos del proceso, se retomó la herramienta metodológica Bit-Pase3 (balances, interacciones y tensiones en las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica) aplicada para los procesos de planificación poblacional y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social (55). A partir del cual, se planteó la identificación de tensiones y facilitadores del proceso, como se muestra a continuación:

- **TENSIONES DEL PROCESO:** Se refieren a las presiones internas y externas que se generan en las dimensiones del proceso de captación de sintomáticos respiratorios que producen cierto grado de estrés llevando a la limitación de su desarrollo
- **FACILITADORES:** Son aquellos elementos internos y externos presentes en el proceso que contribuyen a su desarrollo óptimo

El análisis de información cuantitativa correspondió a la información recogida de fuentes secundarias tipo bases de datos. Incluyo bases de datos del Laboratorio Departamental y de los Informes de Casos y Actividades reportados por el programa municipal a la Secretaría de Salud



Departamental, esta información se procesó en Excel. Finalmente se establecieron tasas de cambio porcentual para el periodo de estudio en los indicadores evaluados.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrolló en el marco del proyecto “EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS EN EL VALLE DEL CAUCA, 2008-2014. EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LOS PROCESOS” aprobado mediante acta No 011-014 por el comité institucional de revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, financiado por Colciencias.

La investigación se clasificó como “sin riesgo”, dado que no expuso al entrevistado o participantes de talleres a intervenciones de ningún tipo (Ministerio de Salud, Resolución 8430 de 1993). Con el fin de conservar la confidencialidad de la información, se realizó enmascaramiento de nombres propios de las personas.

La información obtenida se utilizó exclusivamente para fines académicos. El documento consentimiento informado certificó por escrito con firma del entrevistado querer ser parte en la investigación como fuente de información, incluye su autorización para que la información que aporte se pueda utilizar, con las debidas reservas de confidencialidad y anonimato en la presente investigación y en otras derivadas de la presente, en actividades académicas distintas a aquella en la que se inscribe la realización de esta investigación.

Las grabaciones de audio y la transcripción de estas fueron codificadas y guardadas con precauciones para ofrecer las mejores medidas de seguridad, incluye computador con clave de acceso restringida. También la información acopiada de las fuentes secundarias fue utilizada exclusivamente para fines académicos.

Se entrevistaron por cuestionarios semiestructurados sujetos hombres y mujeres reconocidos como involucrados en la detección temprana de casos de tuberculosis pulmonar bacilíferos, siendo funcionarios públicos nombrados o contratistas, gerentes, coordinadores o ejecutores del Programa de prevención y control de la TB y líderes comunitarios

Todos los participantes a quienes se les aplicaron las técnicas de recolección de información fueron informados acerca de los objetivos de la investigación, de los beneficios que de esta se obtenían, se dejó claro según la resolución 8430 del Ministerio de Salud de 1993 que ésta investigación no genera riesgo para los entrevistados, ni y para la comunidad en general participante y que se protegió la confidencialidad de la información proporcionada, así mismo ninguna dirección fue incluida en los registros a procesar o publicar.

Se mencionó a los participantes que tenían derecho a no contestar preguntas cuando así lo veían conveniente y esto no tendría repercusiones para la persona o para su trabajo –en el caso de los funcionarios o empleados—y para la familia –en el caso de las personas en riesgo de TB –, se mencionó siempre el nombre del investigador principal, de la universidad procedente, del director de ética que aprobó la investigación, así como los datos de contacto de todos ellos. Se informó sobre la forma como se divulgarían los resultados de la investigación ante la comunidad científica y la comunidad general.

La confidencialidad se garantizó bajo las siguientes consideraciones: en primer lugar, a través de la custodia y el manejo discreto de la información o anotaciones del diario de campo y en segundo lugar con la no inclusión en los registros de la investigación de nombres o direcciones.

13. RESULTADOS

13.1 Caracterización del proceso de captación de SR desarrollado por los diferentes actores involucrados del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.

En este apartado se iniciará por describir las condiciones del contexto que estuvieron relacionadas al proceso de captación identificadas a partir de la revisión documental, posteriormente se exponen los resultados del análisis de entrevistas de los involucrados

13.1.1 CONTEXTO

Los determinantes sociales influyen de forma directa en la transmisión, prevalencia e incidencia de la TB, por lo cual dentro de la revisión documental se incluyó el análisis de información de factores socioeconómicos y demográficos que afectaron el riesgo de transmisión de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* y las capacidades del sistema de salud para desarrollar el proceso de captación de SR. A continuación, se presentan los principales aspectos identificados:

Tabla 2. Condiciones sociodemográficas del municipio de Cali relacionadas con el control de la Tuberculosis. Periodo 2012-2014

Condiciones sociodemográficas del municipio de Cali relacionadas con el control de la Tuberculosis. Periodo 2012-2014			
Categoría	2012	2013	2014

Desplazamiento: expulsión	1.081 personas	1.566 personas	1.788 personas
Desplazamiento: recepción	7.327 personas	6.942 personas	6.576 personas
Etnia afro	26,16%		
Etnia indígena	0,46 %		
Población habitante de Calle	LILIANA.MOSQUERA		
Proporción de población NBI	23,1 %		
Pobreza	23,1 %	21, 9 %	19,1 %
Pobreza extrema	5,3 %	4,4 %	3,3 %
Aseguramiento	94%	95%	97%

Fuente: Análisis de situación de salud Cali 2012- 2014, DANE

Aspectos Sociodemográficos: Cali es la tercera ciudad más poblada de Colombia, fue posible identificar un rápido crecimiento poblacional para el periodo de estudio y la distribución por grupos de edad mostró variaciones entre las cuales se identifica una tendencia general a la disminución de la proporción de menores de 15 años frente a un aumento en la proporción de población de adultos mayores como resultado del incremento en la esperanza de vida, lo que se expresa como un envejecimiento incipiente de la población, influyendo de forma directa en la población objeto del proceso de captación que creció durante el periodo de estudio y que pudo presentar condiciones de riesgo como enfermedades crónicas no transmisibles que aumentaron la vulnerabilidad de la transmisión de la enfermedad

En este periodo la mayor parte de la población se concentró en la zona urbana, solo el 1,5% permaneció en el área rural y este aspecto se reflejó en el aumento de la densidad poblacional, sin embargo, la densidad bruta varió en las 22 comunas del área urbana, por ejemplo, las comunas 22, 19, 16 y 2, presentaron las densidades más bajas de la ciudad; mientras que comunas 13, 14 y 15 de la zona oriente de la ciudad las densidades más altas favoreciendo el hacinamiento y la incidencia de enfermedades transmisibles como la TB.

Otro aspecto de importancia para el periodo fue la situación de movilidad forzada en el territorio, en términos de expulsiones y recepción de población víctima de desplazamiento, identificando que el municipio y particularmente la zona oriente de la ciudad presentaron la mayor carga de recepción de esta población. Esta situación es de especial importancia para la planificación de la oferta de servicios de salud que realizaron la captación de SR, dado que expresa la necesidad de diferenciación de estrategias en las zonas urbanas y rurales y en grupos poblacionales con alta vulnerabilidad social.

Condiciones Socioeconómicas: Con relación a los aspectos étnicos y de condiciones económicas, el 26% de la población que residía en el municipio se consideró negra, mulata o afrocolombiana, 0.5% indígena y ninguna de ellas 73%; En el caso de las necesidades básicas insatisfechas e indicadores de pobreza y pobreza extrema

se identifica una tendencia a la disminución de la población según las proyecciones del censo nacional del DANE 2005 (56). El carácter pluriétnico y la mejora de ingresos de la población en el periodo evaluado pudo afectar la producción social de la enfermedad y denotaron la necesidad de un enfoque poblacional del proceso de captación que permitiera identificar, comprender y responder adecuadamente a las dinámicas culturales y sociodemográficas que se presentaron en el municipio.

La TB está estrechamente vinculada a la pobreza, la vulnerabilidad social y la exclusión, las personas que tienen el mayor riesgo de desarrollar tuberculosis son las más pobres. De acuerdo con el censo de población habitante de calle y en calle del DANE en el año 2005, casi la mitad de los habitantes de calle se concentran en dos comunas, la comuna 3 y comuna 9 (23 y 25,4% de concentración de habitantes, respectivamente), mientras que los habitantes en la calle se distribuyen de una manera más uniforme por toda la ciudad, siendo la comuna 3 el lugar en el que más se concentran (13,9%)(57).

Sistema De Salud: Respecto a la condición de aseguramiento el municipio de Cali muestra un incremento del porcentaje de población que se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud, pasando de 75,3% en diciembre de 2003 a 94% en diciembre de 2014, el 62% de las personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo y el 28% al régimen subsidiado y el 4% al régimen especial.

La red de salud pública de la ciudad de Cali cuenta para el año 2014 con 1 Hospital de III nivel de atención, 4 Hospitales nivel II de atención y 5 Empresas Sociales del Estado de Nivel I, las cuales cuenta con 5 hospitales y 99 centros y puestos de salud para la ciudad (57).

En lo concerniente a los lineamientos técnicos El municipio de Cali, asume y adapta la normatividad nacional para las acciones de control de la tuberculosis (TB). Esto se puede observar con la inclusión de la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES/DOTS) dentro de las actividades de salud como una acción obligatoria en el año 2000 (Resolución 412). Posteriormente, con la necesidad de implementar lo

acordado en el Plan Estratégico Departamental “Valle del Cauca libre de tuberculosis 2010-2015 y sus posteriores actualizaciones que fueron contenidas dentro del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039/2007). Por su parte de forma directa al proceso de planificación y desarrollo del proceso de captación de sintomáticos respiratorios se identifica la Resolución 0058 de 2009 vigente para el periodo de evaluación. En la tabla No 2 Se resumen los lineamientos normativos asumidos en el periodo de estudio.

Tabla 3. Descripción marco normativo del control de la Tuberculosis en el municipio de Cali, 2012-2014

2012	Plan Estratégico Valle Libre de Tuberculosis	Lineamientos estratégicos y programáticos para los programas de Tuberculosis en el Valle del Cauca para el fortalecimiento de la Estrategia DOTS
2013	Resolución número 0007 84 1	Por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 y en donde TB es una de las prioridades.
2013	Resolución número 4145 del 15 de Noviembre	Se inscribe proyecto de Farmacorresistencia de TB para ampliar la captación por este evento.
2013	Circular 01 del Ministerio de Salud	Lineamientos programáticos para el manejo del TB Farmacorresistente.
2014	Resolución número 1984 del 27 de mayo	Asignaciones en el presupuesto en el gasto de funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social vigencia 2.014, dentro del cual está incluido TB.
2014	Marco de inversiones estratégicas en tuberculosis nota informativa	Insta a los países a invertir en poblaciones étnicas que son las más propensas a desarrollar TB.

Fuente: Macroproyecto Evaluación de la Estrategia alto a la TB en el departamento del valle del cauca”.

En lo concerniente al financiamiento del plan de intervenciones colectivas en el departamento del Valle del Cauca el municipio de Cali es el que mayor cantidad de recursos recibió a nivel global por parte del SGP en el sector salud, asignándole aproximadamente 62% del total de recursos del Valle del Cauca, la distribución de

estos recursos se orientó el financiamiento de acciones del Plan de intervenciones colectivas en la Dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles en la que se encuentra incluido del programa municipal de tuberculosis, es importante señalar que para el periodo de estudio el municipio contó con el apoyo de recursos técnicos de un proyecto del mecanismo coordinador de PAIS para el fortalecimiento de acciones de la Estrategia alto a la tuberculosis. (54)

Comportamientos en Salud: De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y salud publicada en el 2015, en la región de Cali y área metropolitana el 9,1 % de las personas presentaron problemas de salud en el último mes y para tratarlos, el 70% acudió a servicios de salud, el 9% a través de farmacias y droguerías y un 8% por remedios caseros (55)

El 30,2% que presentaron problemas de salud no recibieron atención en salud, lo cual se explicó principalmente a razones relacionadas con los servicios de salud en el 39,5%, razones personales 29,1% falta de conocimiento 20,3% ((56)

Lo anterior indica que un número importante de personas no consultaron de manera espontánea los servicios de salud, por lo cual en el caso del proceso de captación de SR las estrategias debieron incluir la demanda inducida de la población y la educación sobre la importancia de la evaluación e inicio oportuno de tratamiento.

Contexto epidemiológico

La incidencia de TB en Cali ha permitido clasificar al municipio entre los de más alta carga en el departamento. Cada año se diagnostican entre 15 a 20 casos de TB fármaco-resistente, el porcentaje de abandono del tratamiento antituberculoso es del 15%, los casos de coinfección TB/VIH oscilan entre el 11 y el 13% y mueren aproximadamente entre 90 a 100 personas por esta causa, condiciones que representan un complejo panorama en el control de TB en la ciudad .



Según el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 (2013), respecto a la Tasa de mortalidad por tuberculosis, la línea de base (2011) era de 6.25 y pasó a: 4.10 (2012) 3.10 (2013) 4.0 (2015), indicándose nivel de cumplimiento (100.00%).

A continuación, se presentan los resultados del análisis de las entrevistas desarrolladas con los involucrados en cada nivel de observación.

13.2 AUTORIDAD SANITARIA

Los resultados, el análisis de las entrevistas desarrolladas se analizó a la luz de categorías de organización funcional, programación, ejecución, monitoreo y evaluaciones relacionadas con el rol y competencias del municipio, que de acuerdo con el Plan estratégico Valle libre de tuberculosis 2010-2015, las relacionadas al proceso de la captación fueron:

- Realizar asistencia técnica y capacitación en lineamientos e implementación de las líneas del plan en las EAPB y la red publica
- Vigilar que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas realizan actividades de búsqueda de sintomáticos respiratorios
- Fortalecer el talento humano (agentes de salud y comunitario) institucional y extrainstitucional para mejorar destrezas en la atención de casos sospechosos de TB activa
- Desarrollar e implementar rutas de atención y estrategias de búsqueda institucional y comunitaria de sintomáticos respiratorios. implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de la población general y grupos poblaciones a servicios de diagnóstico
- Implementar acciones de prevención y control de la Tb en población privada de la libertad en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL: En el periodo de estudio la Entidad territorial dispuso dentro de su estructura interna un Programa de Control de TB, el cual hacia parte de la prioridad de enfermedades transmisibles y zoonosis establecida dentro de su Plan Territorial de salud 2012-2015 dando cumplimiento establecido por el Decreto 3039 de 2007 que incorporó la TB como prioridad en Salud Pública, al Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2008 – 2015, a la Resolución 425

de 2008 que estableció el Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y al Decreto 3518 de 2006 por el cual se creó y reglamentó el Sistema de vigilancia en Salud Pública.

Al respecto es importante señalar que el marco legal vigente no establece una norma técnica que especifique la organización funcional del programa de TB, permitiendo que cada entidad territorial según su capacidad administrativa, financiera y las necesidades de su territorio establezca la configuración de este. En este sentido, el plan estratégico departamental de control de la TB solo señala que el municipio debía conformar un equipo con capacidad administrativa para gestionar el programa en el plano municipal y garantizar el monitoreo y evaluación de todas las actividades³, sin especificar sus características.

El proceso de captación de SR en el año 2012 presenta una variación en su organización funcional respecto a la que venía desarrollándose desde el año 2011 (Ver gráfico No 1), consistente en el aumento del recurso humano que participa en el PCTB, incluyendo profesionales del área de la salud que desarrollaron procesos de asistencia técnica a los actores del sector salud. En el 2011 el programa era liderado por un profesional de planta con vinculación de medio tiempo, apoyaban en este periodo una auxiliar administrativa, un trabajador social y un profesional de ciencias de la salud con formación en epidemiología vinculados por contrato de prestación de servicios.

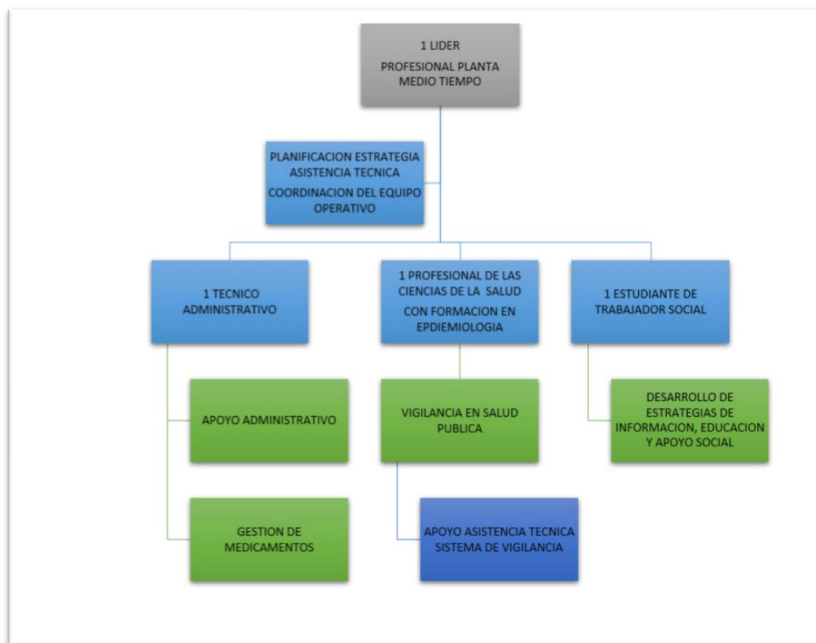
³ Plan Estratégico Valle libre de tuberculosos 2010-2015 Secretaria de Salud Departamental

Para el año 2012 se asigna un profesional especializado de planta para la coordinación del programa, se incluye un médico especializado y 3 profesionales de las ciencias de la salud que realizaron acciones de asesoría y asistencia técnica incluyendo los relacionado al proceso de captación de SR.

Otro aspecto relevante para el periodo es la implementación del proyecto “Fortalecimiento de la Estrategia alto a la TB” financiado por el Fondo Mundial, a través del cual el municipio es apoyado por un equipo de profesionales y agentes comunitarios y recibe procesos asistencia técnica para implementar el componente comunitario de la estrategia DOTS, a través del cual se generan procesos de participación comunitaria en la captación de SR.

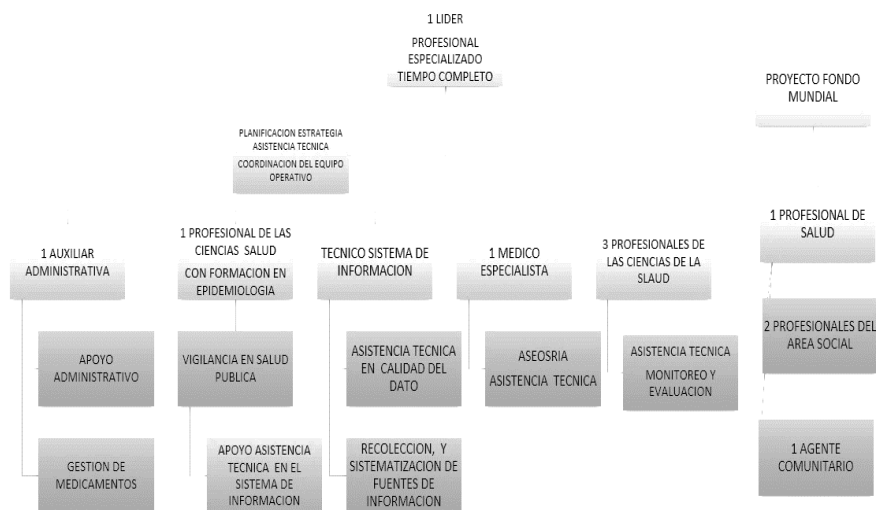
Frente a las variaciones del recurso humano, los entrevistados coinciden en destacar la importancia de garantizar la continuidad de los profesionales vinculados al programa, ya que permite consolidar los procesos desarrollados y consideraron que la asistencia técnica recibida por el nivel nacional, el departamento y el proyecto de Fondo Mundial fueron claves para el fortalecimiento de acciones de detección temprana.

Figura No 4 Estructura Programa Municipal de Control de la TB. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de entrevista e informes de gestión del programa municipal

Figura No 5. Estructura. Programa Municipal de Control de la TB. 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de entrevista e informes de gestión del programa municipal

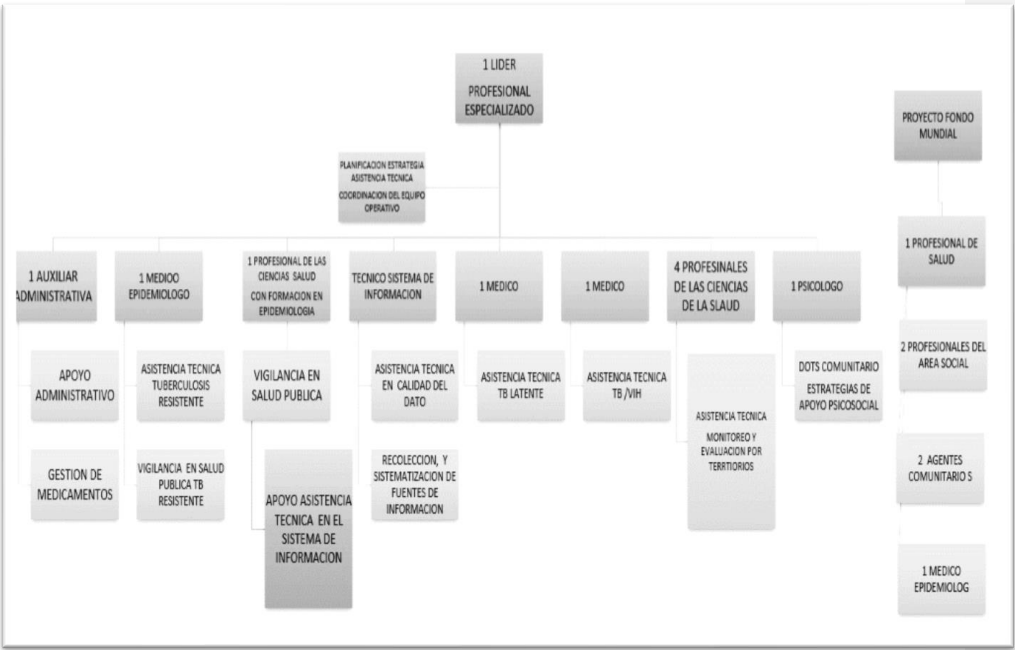
(...) En el 2012...apenas habíamos de terreno tres personas, esas tres personas nos dividíamos ... en ese entonces nosotras no hacíamos DOTS comunitario (...) Equipo Municipal 2015

En el 2013 y 2014 se presenta una variación del recurso humano incrementando cinco (5) nuevos perfiles con funciones enfocadas al abordaje diferencial e integral de la TB y sus diferentes formas clínicas, también se aumenta el apoyo recibido por el Proyecto de Fondo Mundial que incorpora un médico epidemiólogo y un agente comunitario. Estas variaciones son percibidas por los integrantes del programa como un resultado

del compromiso político de la Secretaria de Salud Pública Municipal y constituyó un aspecto fundamental para

alcanzar el desarrollo de capacidades en los actores del sistema de salud y mejorar la participación comunitaria en el proceso de captación.

Gráfico 3. Estructura Programa Municipal de Control de la TB. 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de entrevista e informes de gestión del programa municipal

PROGRAMACION: La planificación de acciones de control de TB se desencadenó del Plan territorial de Salud pública 2012-2015, que fue formulado por un comité técnico de la Secretaría de Salud Pública Municipal conformado por profesionales técnicos de cada una de las unidades misionales de la secretaria (Planeación, Aseguramiento, Salud Pública y Desarrollo de Servicios), fue socializado y retroalimentado con actores institucionales y comunitarios del sector salud.

En este se establecieron metas relacionadas con la disminución de la incidencia y mortalidad de las enfermedades transmisibles y zoonosis, acordes a los Objetivos de desarrollo del Milenio y a partir del análisis del comportamiento epidemiológico de estos eventos, se incorporaron metas relacionadas con acciones de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños, específicamente en relación a la captación de SR se planteó como meta incrementar en 17 puntos porcentuales el número de pacientes con diagnóstico oportuno de TB Pulmonar, buscando que fuera no hospitalario y o antes de 45 días⁴.

Otro hecho relevante del periodo es la adopción del Plan Estratégico “Cali libre de TB 2012-2015”, en el cual se acoge formalmente las orientaciones estratégicas nacionales y departamental y se definen las competencias de los actores en cada componente del programa, sin embargo, un informe de asistencia técnica del departamento del año 2014 refirió que el municipio no realizó socialización del Plan.

La definición de la meta de captación se estableció de forma anual en el nivel municipal siguiendo el algoritmo establecido por la circular 008 de 2009, de acuerdo con el cual el 5% de la mitad de la población mayor de 15 años residente en el territorio según las proyecciones del Departamento Nacional de Planeación (DANE)

⁴ Plan Territorial de Salud Municipio de Cali 2012-2015

presentará la condición de sintomático respiratorio. La programación de metas de captación de las EAPB y las IPS fue reportada al programa municipal, quien a su vez realizó reporte a la Secretaría Departamental.

Frente a lo anterior se presentan discernimientos por parte de los entrevistados frente a la aplicabilidad de la fórmula en el contexto local, dado que el municipio presenta un escenario epidemiológico distinto y la meta se alcanza con la población que accede a servicios de salud, aspecto que se encuentra afectado por las prácticas de búsqueda de ayuda de la población, las coberturas de las redes prestadoras de servicios de salud y los mecanismo de gestión del riesgo de las EAPB, lo cual genera una brecha entre la meta proyectada y la alcanzada por el municipio.

(...) Hay indicadores para el ente territorial que nunca lo lograremos... por la forma en qué fue formulado el indicador, nosotros estamos proponiendo para mejorar eso que el indicador sea por población vulnerable y por zonas (...). Equipo Municipal 2015

Finalmente, durante el periodo de estudio el programa municipal enfatiza en proporcionar orientaciones técnicas sobre la formulación de las metas de captación de los actores del sistema de salud y establece estrategias de búsqueda directas desde la estrategia DOTS comunitario.

EJECUCIÓN : Durante la vigencia del estudio el programa municipal realizó encuentros y visitas a las IPS y EAPB, proporcionando asistencia técnica para todos los componentes del programa; en el caso del proceso de captación se logra identificar que el mismo abarca la asistencia técnica para la programación de metas, lineamientos para la identificación adecuada de SR, el desarrollo de estrategias de captación institucional y extramural, la calidad de los registros de información del libro de sintomáticos respiratorios y de los registros del laboratorio.

El proceso anterior partió de la capacitación del equipo de trabajo, el cual recibió lineamientos tanto de la coordinación del programa como del departamental y nacional , otorgándole la responsabilidad de replicar el proceso con las entidades y organizaciones asignadas.

Se logró identificar variaciones en el proceso de asistencia técnica a partir del año 2013 respecto a la metodología implementada y la relación con los actores, en un primer momento se desarrolló de forma directa y periódica mediante encuentros de carácter municipal con el personal asistencial de las IPS públicas y privadas, posteriormente el acompañamiento incorpora a las EAPB como responsables de la gestión de las acciones de sus redes de servicios, desarrollando estrategias específicas de acompañamiento para cada entidad, si bien se mantienen los encuentros periódicos municipales, se introduce el desarrollo de visitas de asesoría y acompañamiento técnico a cada actor.

En este periodo también se establece como estrategia del proceso de asistencia técnica remitir circulares de convocatoria dirigida a los gerentes de cada institución exponiendo objetivos, los requerimientos y condiciones para realizar las visitas, una vez autorizado se realizó el proceso principalmente con los coordinadores de los programas de TB.

Se ajustó el instrumento de asistencia técnica planteado en el año 2012 que se utiliza como guía para identificar debilidades, puntos de mejora de los programas de control de TB según sus competencias y responsabilidades. Los resultados de este formato se consignaron en un acta y se estableció seguimiento mediante visitas de terreno para verificar la adopción de medidas de mejorar, en el caso del sistema de información el seguimiento fue mensual, buscando incrementar la calidad de los registros del programa y realizar acuerdos para la superación de limitaciones que se identifique en cada institución.

Frente al contenido de los lineamientos técnicos del proceso de captación, el programa municipal asume la normatividad nacional relacionada en la que se identifica la resolución 0058 de 2009, el Plan Estratégico

Nacional 2012-2015 y el Plan Departamental como herramientas directas para el desarrollo del proceso. La resolución 412 de 2000 que define la guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar fue la norma principal para orientar a los prestadores de servicios de salud y la resolución 4505 de 2012 sobre las acciones de promoción prevención y protección específicas se incorporó para el reporte de la captación de sintomáticos respiratorios por parte de las EAPB y sus redes.

A partir del año 2013 se incorpora en el marco del proyecto de Fondo Mundial, la participación de líderes comunitarios en la captación buscando fortalecer sus capacidades de abogacía y movilización social para lograr una contribución efectiva al control de la enfermedad, este proceso se percibe por los entrevistados como uno de los principales logros del proceso dado que permitió abordar poblaciones diferenciales y contar con una estrategia directa del programa municipal.

(...) Por lo menos ha sido un resultado positivo porque hemos podido lograr, así sea un mínimo de captar personas sintomáticas que se diluyen en poblaciones generales, por ejemplo, el año pasado se examinaron 199 habitantes de calle y salieron positivos 12, que fue muy alto y se le hizo todo el proceso de seguimiento, ...con los indígenas estamos en la zona ladera haciendo todo el proceso (...) Equipo Municipal. 2015

Para el año 2014 el programa cuenta con una estrategia diferencial para población en establecimientos penitenciarios y población habitante de/en calle, se realiza articulación de igual forma con el eje programático de promoción social para buscar casos sospechosos de TB en población indígena. Se resalta en este año la apropiación del proceso de DOTS comunitario iniciado por el proyecto de Fondo Mundial, lo cual se expresó en la formación de agentes comunitarios en las EAPB, farmaceutas y organizaciones comunitarias claves.

Se contó con acciones de educación y sensibilización de instituciones educativas, se realizó articulación con la estrategia de atención primaria en salud y escuelas saludables que desarrollaban otras líneas de la Secretaría de Salud, en las cuales se realizó acompañamiento técnico para que implementaran la captación de sintomáticos respiratorios y proporcionaran educación a la comunidad, así mismo se generaron rutas de captación y se realizó seguimiento sobre el acceso a servicios de salud para la evaluación clínica de los casos identificados.

Se involucró la identificación de grupos vulnerables para intensificar las búsqueda de casos sospechosos con articulación de otros actores diferentes a los del sistema de salud, en el caso de los habitantes de la calle, se trabaja con una ONG, en la población privada de la libertad con los institutos penitenciarios mediante la formación de internos como agentes comunitarios de TB.

MONITOREO Y EVALUACION

El PCTB municipal cumplió con los direccionamientos nacionales y departamentales de reporte de fuentes de información y aplicación de instrumentos vinculados al proceso de captación. La entidad territorial incluyó en sus informes semestrales de gestión el resultado de metas de captación, sin embargo, no se desagregó la información por aseguradores, IPS y/o territorios. La retroalimentación se realizó de forma directa con cada entidad en las visitas de asistencia técnica

Frente a los alcances de las acciones desarrolladas se reconocen logros en relación al fortalecimiento de los procesos de asistencia técnica y la ampliación de la estrategia de DOTS comunitario, sin embargo los involucrados identificaron la constante rotación de personal y las características organizacionales del

(...) En las privadas casi no contactan grupos extramurales entonces tienen como prohibido salir a hacer actividades por fuera, entonces ese es uno de los inconvenientes; y lo de la rotación del personal...dicen que piden mucho en el programa ...y están muy cargados de trabajo (...). Equipo Municipal. 2015.

programa en el régimen contributivo, así como la carga administrativa del personal que gestiona y ejecuta el proceso de captación de sintomáticos respiratorios como limitaciones importantes del proceso.

En relación con la evaluación de desempeño del equipo del programa municipal, solo se llevó a cabo en el personal de planta, el proceso de seguimiento de los productos contratados del personal restante se lleva a cabo bajo la figura de supervisión la cual es ejercida por la coordinación del programa.

Finalmente, no se establecieron acciones de monitoreo de la calidad de la información de forma sistemática y de su concordancia entre los registros del programa y del laboratorio, ni investigaciones operativas de campo.

TENSIONES Y FACILITADORES: A continuación, se presentan las tensiones y facilitadores identificados en el nivel de autoridad sanitaria durante el periodo de estudio:

Tabla 4. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Autoridad Sanitaria. 2012-2014

DIMENSIONES	TENSIONES	FACILITADORES
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	La principal vinculación del equipo de trabajo es a través de la prestación de servicios, lo cual propicia la rotación del personal	Se vinculan nuevos perfiles para realizar un abordaje integral de las acciones de control de la TB Con enfoque diferencial y territorial Se fortalece el recurso humano a través de la implementación del Proyecto de Fondo Mundial. Se capacita y proporcionan lineamientos técnicos al equipo de trabajo por parte de la entidad departamental y el programa nacional
PROGRAMACIÓN	Los actores perciben que la manera en que se establece las metas de captación es inadecuada y no contempla las características	Se dispone de un marco normativo que estandariza la programación de población objeto a identificar

	sociales, epidemiológicas y demográficas del municipio.	
EJECUCIÓN	Los procesos de asistencia técnica son limitados frente a la elevada rotación del personal asistencial que opera los servicios de salud	Se generan metodologías instrumentos de acompañamiento técnico en la programación en el proceso de captación Se desarrolla y fortalecen estrategias de participación comunitaria y trabajo en red para mejorar la identificación de SR y de abordaje diferenciales a grupos vulnerables
MONITOREO Y EVALUACIÓN	No se disponen de mecanismos para determinar la calidad de la información a través de la correlación de fuentes de información vinculadas al proceso de captación No se generaron investigaciones operativas para establecer medidas de fortalecimiento del proceso de captación.	Se desarrolla retroalimentación de resultados de indicadores de captación y se establecen medidas de mejora frente a las limitaciones identificadas con cada actor

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información cualitativa de los involucrados.

13.3 EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.

El plan estratégico departamental definió como competencias relacionadas al proceso de captación de las EAPB:

Incluir metas y actividades de prevención y control de la TB en su plan de salud indicativo y su plan operativo anual, de acuerdo con su perfil epidemiológico y a sus competencias armonizadas al Plan de Salud Territorial

- Realizar seguimiento y auditoria a su Red de prestación de servicios en el cumplimiento de los indicadores de control de gestión, de seguimiento epidemiológico para el control de la TB
- Garantizar y verificar en su red propia de IPS la implementación de los lineamientos del programa nacional y departamental en el control de la TB , en lo referente a la búsqueda, detección ,diagnóstico y tratamiento
- Articular de forma continua y sistemática el análisis conjunto de información de TB de su población afiliada con la dirección municipal de salud
- Garantizar a sus usuarios el cumplimiento de los procedimientos y tratamientos integrales para la TB indicados en su red de IPS
- Realizar acciones de búsqueda de SR y detección en su población afiliada

(...) Nosotros somos una entidad centralizada... donde los procesos de contratación vienen del nivel nacional, nosotros nos encargamos de operativizar a atención que nos exigen desde el nivel nacional (...)

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL : Las EAPB incluidas en el estudio contaron en su organización funcional con una dependencia responsable de desarrollar las acciones de gestión del riesgo en los eventos de interés de salud pública, donde se incluye el PCTB y mecanismos de coordinación de la red

prestadora de servicios.

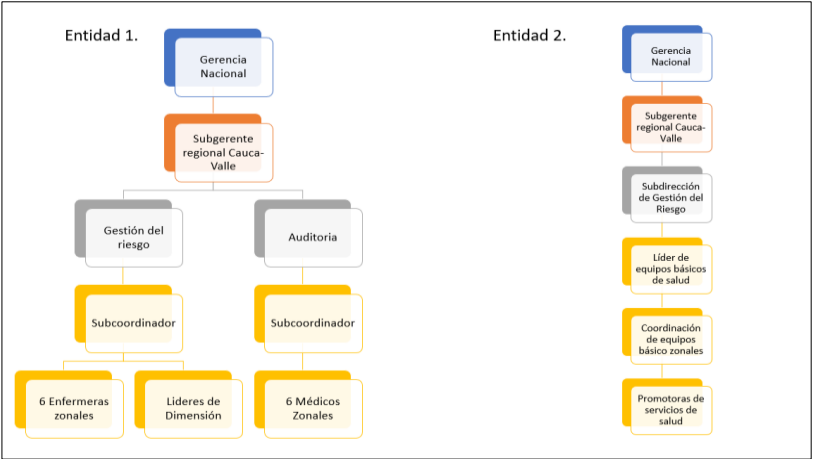
Las entidades contaron con una dirección nacional fuera del municipio de Cali, con subregionales en las que se replicó la estructura administrativa nacional. En el caso de las EAPB del régimen subsidiado además del equipo regional se contó con equipos operativos zonales que desarrollaron acciones directas de acompañamiento y auditoria de procesos de los prestadores de servicios que conforman su red.

Todas las entidades contaron con subgerencias responsables de la aplicación y adaptación a las condiciones del contexto local de las directrices en materia de control de tuberculosis. Los entrevistados refirieron la adopción de lineamientos nacionales para el funcionamiento del programa emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y que operativizaron según las indicaciones de sus direcciones centrales. En el municipio se desarrolló un análisis de condiciones de riesgo de la población afiliada y resultados de los indicadores de control de la TB para el establecimiento de estrategias y líneas de acción.

Todas las entidades definieron mecanismos de coordinación y seguimiento de su red prestadora de servicios disponiendo de equipos de profesionales que tenían dentro de sus asignaciones generales la gestión del Programa de TB, pero se identificaron diferencias sobre la organización del recurso humano entre los regímenes de afiliación, por un lado en el régimen subsidiado se dispuso de equipos territoriales de profesionales y técnicos en salud, con acciones de acompañamiento en el ámbito institucional y en el trabajo directo con los afiliados y sus familias, en tanto que el régimen contributivo solo dispuso de equipos centrales administrativos para gestionar y vigilar el cumplimiento de las acciones de su red, siendo sus IPS las responsables directas de implementar estrategias directas de captación.

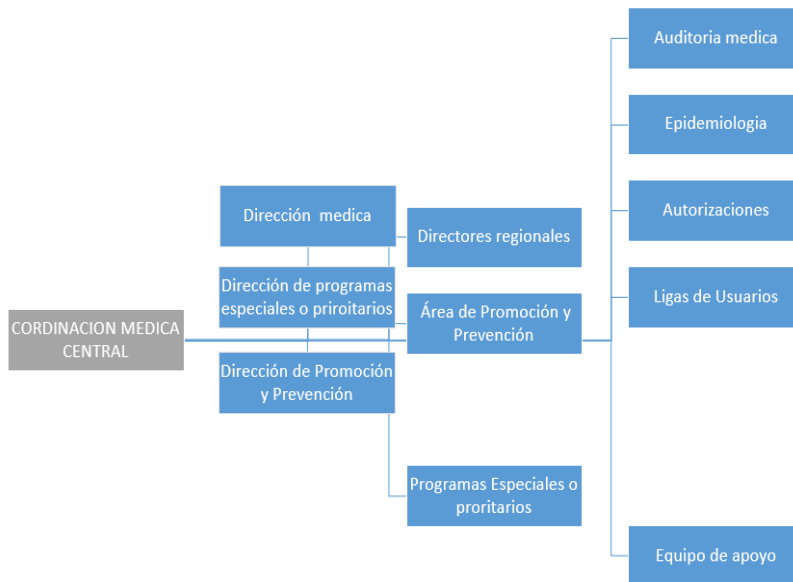
Respecto a la vinculación laboral todas las entidades contaron con profesionales con contrato a término indefinido. A partir de las entrevistas se logra establecer la siguiente estructura relacionada con acciones de control de la TB.

Figura No 6. Estructura EAPB Régimen subsidiado



Fuente: Entrevistas coordinadores de programa regionales EAPB régimen subsidiado. 2015

Figura No 7. Estructura EAPB Contributivas municipio de Cali. 2012-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de Entrevistas Responsables Programa de TB de 2 EAPB del Régimen Contributivo.2015

Las redes de prestación de servicios en el régimen subsidiado responsables de la captación de SR correspondieron principalmente a las IPS públicas adscritas y en menor proporción IPS propias, situación que se invierte en el régimen contributivo donde la red estuvo conformada principalmente por IPS propias. Los procesos de contratación de cada las redes se generaron mediante la modalidad de capitación en el cual se incluyó acciones generales de búsqueda, diagnóstico y atención integral de las personas en riesgo o afectadas por la TB.

(...) Pero, básicamente, los lineamientos o las capacitaciones de orden nacional y departamental, se asiste, y a nivel interno, desde la misma necesidad porque la gerencia, el programa, la hacemos desde acá, se hace, pero a nivel interno, (...). Coordinación Regional EAPB Subsidiada. 2015

El recurso humano recibió asistencia técnica interna por parte de sus direcciones nacionales, lineamientos y capacitación de las entidades territoriales departamental y municipal, centrándose en el cumplimiento de indicadores y a

la actualización de guías de atención. De manera diferencial se encontró que en el caso del régimen contributivo la asistencia técnica se recibió mediante encuentros de trabajo con las IPS de su red, lo cual permitió el intercambio de experiencias y definición de estrategias diferenciales entre prestador y asegurador, pero las EAPB subsidiadas lo hicieron sin participación de la red pública de atención.

Los entrevistados señalaron que la rotación de los equipos del programa municipal y departamental generó brechas en los avances del proceso de articulación y asistencia técnica que recibieron, también se identificaron cambios en el enfoque que recibieron por parte de la entidad territorial municipal, en un primer momento se consideró que la asistencia técnica se fundamentaba en la evaluación y exigencia del cumplimiento por parte de la entidad, mientras que segundo momento hacia finales del 2014, se percibió más acompañamiento y búsqueda conjunta de respuestas a las dificultades que presentaban involucrando la participación comunitaria.

(...) Porque te puedo decir que el Programa Alto a la Tuberculosis con los aseguradores fue más de metas, de asistencia técnica sí, de seguimiento de indicadores, pero lo que hizo en la red pública y lo que hizo en comunidad fue muy hermoso, ...ver a la comunidad allí involucrada... pero esa movilización comunitaria que llevo el programa, con el aseguramiento, EPS no ...es que en el pasado no se hablaba de eso, en el pasado yo no entiendo allí el trabajo de las secretarías (...) Coordinador programa de Promoción y Prevención. EAPB contributiva 2015

No se definieron planes de capacitación internos para mejorar las capacidades del equipo y de sus redes de IPS en la captación de SR, en este sentido las acciones se desarrollaron de forma espontánea como el resultado del incumplimiento de metas.

PROGRAMACION: Cuando se habla de la planificación de acciones, los entrevistados exponen el desarrollo de Planes Operativos direccionados a nivel nacional que se adaptaron a partir del conocimiento de las prioridades del Plan Territorial de Salud municipal y la caracterización de riesgos de la población afiliada. Se podría asumir que al igual que con los lineamientos, la programación se realizó a nivel regional y luego se asignó a la red.

(...) Entonces se tiene una programación por EPS de acuerdo a la población asignada y se tiene una programación por IPS de acuerdo al número de consultas realizadas el año inmediatamente anterior, esto se hace en la planeación, se entrega a principios de año (...)

En el periodo de estudio los entrevistados refirieron el desarrollo de un análisis situacional a partir de la revisión de los indicadores del programa, lo cual permitió que en la contratación de la Red de servicios de salud se establecieran requerimientos específicos frente al alcance de metas de control de tuberculosis. En este sentido a cada IPS se le solicitó un plan de trabajo para su alcance.

La programación de metas de captación de SR se realizó conforme al circular 0059 de 2008 teniendo en cuenta la población mayor de 15 años afiliada a las entidades y se realizó ajuste de la población a captar según las variaciones en el número de afiliados en forma mensual. Sobre este aspecto solo una entidad reporta que en el primer semestre del año 2014 a partir de la revisión de resultados de cumplimiento y la contratación de un asesor planteó estimar la meta con otra modelación epidemiológica incluyendo el porcentaje esperado de población afiliada mayor de 15 años, que consultaría los servicios de salud, según la encuesta nacional de salud, Demografía y Salud, esta metodología se suspendió después de una visita de asistencia técnica del nivel departamental, que solicitó cumplir con el lineamiento nacional.

Otro aspecto diferencial, correspondió a la distribución de metas, por un lado en las EAPB subsidiadas las metas se asignaron tanto en la red prestadora de servicios como en los equipo territoriales propios que tenían vinculados, en tanto que en el régimen contributivo las entidades realizaron distribución del total de la meta a la red adscrita y propia, sin tener en cuenta el número de consultas atendidas en mayores de 15 años por cada IPS como lo establece la normatividad.

EJECUCIÓN: En el régimen subsidiado las entidades desarrollaron acciones de educación en salud para la identificación de sintomáticos respiratorios a través de sus equipos territoriales con enfoques de atención primaria y familiar con los que establecieron alianzas.

En los contratos de las IPS se incluyeron requerimientos de capacitación del personal asistencial dada su alta rotación y egreso del programa y se brindaron lineamientos según las necesidades identificadas.

(...) Nosotros tenemos dentro del modelo algo que se llama Educativo-comunitario y ese programa inicia con la capacitación y formación del coordinador con sus agentes comunitarios para poder transmitir esa información a la comunidad, entonces se definen unas guías educativas (...) Coordinación regional EAPB Subsidiada 2015

Frente a las acciones directas de identificación de población en riesgo las entidades incluyeron dentro de los formatos de afiliación la identificación de SR. Una de las entidades abordadas reportó el desarrollo de estrategias de información y educación dirigidas a su población a través de medios de comunicación y material impreso sobre la identificación de síntomas respiratorios. En la otra entidad se desarrollaron procesos directos de educación a través de visitas domiciliarias a los cotizantes, beneficiarios y sus familias y se contó con material educativo impreso en el marco de la conmemoración del día mundial de la lucha contra la TB que también fue facilitado a las redes de servicios.

En el régimen contributivo respecto a la búsqueda de casos sospechosos entre sus afiliados, Ambas entidades incluyeron en la caracterización de riesgos al momento de la inscripción de sus usuarios la condición de SR. Sin embargo se observaron diferencias en otras estrategias de búsqueda, ya que en una entidad los entrevistados expusieron que la competencia se desarrolló a partir de la programación y socialización de metas a las IPS de su red, estableciendo en su contratación acciones de demanda inducida e identificación de casos para su evaluación, en este sentido las EAPB del régimen contributivo realizaron de gestión y monitoreo del cumplimiento de metas, aplicando además sanciones económicas según el grado de incumplimiento alcanzado, por otro lado se entregaron directrices de las estrategias educativas y de comunicación a implementar en su red que fueron emitidas desde el nivel nacional.

En la segunda entidad se establecieron estrategias directas de búsqueda, a través de la revisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios relacionados con SR, a partir de lo cual se realizó contacto y canalización a las redes de atención de los afiliados en riesgo, se generaron estrategias de información y educación través de material impreso, cuñas radiales y alianzas

con medios de televisión, envío de información a correos electrónicos relacionada con el autocuidado de la salud, el reconocimiento de la condición de SR y la gratuidad del proceso de evaluación, desarrollo de algunas jornadas empresariales para la búsqueda de casos y la educación en prevención.

En relación con la asistencia técnica y capacitación de los proveedores de servicios se generaron planes de capacitación globales para los programas de promoción y prevención en los cuales se incluyó la TB. Ambas entidades realizaron el proceso en el marco de sus modelos de atención, priorizando los temas de actualización del recurso humano según los resultados de los indicadores de captación y debido a cambios normativos o

(...)Entonces se invitan a las diferentes IPS y laboratorios para socializarle la meta, cómo se debe lograr, que ellos hagan las estrategias de captación porque al fin y al cabo son ellos los que tienen la población allí casi que cautiva ...nosotros como asegurador no somos prestadores, nosotros nos encargamos de garantizar la prestación del servicio a través de una red prestadora, nosotros desde acá lo que hacemos es cogemos la programación y con la programación garantizar la captación a los programas (...)

lineamientos nuevos de las entidades territoriales; En una entidad implicó el desarrollo de un curso virtual que estableció anualmente para el personal asistencial.

Se desarrollaron procesos de capacitación en conjunto con las entidades territoriales y el Ministerio de Salud y Protección Social. En estos espacios participaban las personas líderes del programa, se orientaba sobre los lineamientos Nacionales y se compartía estrategias de intervención con otras instituciones. En ocasiones dirigía las capacitaciones un encargado del Ministerio de Salud y se desarrollaban por lo menos tres veces al año.

(...) Yo le llamaba como el claustro porque era irse y trabajar todo un día en tuberculosis, a los que manejaban el programa y eso también a la gente le motivaba mucho (...) mirábamos estrategias, mirábamos lo que hacía cada institución, qué está haciendo Coomeva, qué está haciendo Sanitas que tenía un programa espectacular, allí mirábamos los indicadores, qué dificultades tenían y las mejores estrategias que ellos tenían para poder hacer la intervención con los pacientes, (...)

En lo concerniente al enfoque diferencial, en el régimen contributivo, se identificó que aunque se distribuía la meta en todo el personal de consulta externa de su red, el aumento de la cobertura de BK no se reflejó en la identificación de casos activos, lo

cual conllevó a reforzar el conocimiento del personal de salud sobre los criterios relacionados con la condición de SR, y plantear otros aspectos de evaluación clínica en poblaciones vulnerables que presentan menos síntomas respiratorios como es el caso de las personas con diagnóstico de diabetes y VIH.

(...) Pero esta estrategia a veces no es tan efectiva porque ellos en el afán de cumplir la meta a veces no son muy juiciosos en buscar los criterios de sintomáticos respiratorios entonces terminan mandando pacientes que son sintomáticos pero el porcentaje de positividad es muy bajo (...)
Coordinador Regional de PyP, EAPB contributiva

(...) Cuando se pone la enfermedad al contexto comunitario la misma gente empieza a decirle a informales a los posibles sintomáticos que asistan a la consulta, ellos mismos van a los talleres, van a las charlas que se realizan, ellos mismos en las mismas charlas escuchan alguien que tosé “vea, aquí hay un sintomático, vea hagámosle el examen” (...)

Las entidades del régimen contributivo no establecieron estrategias de participación comunitaria en el proceso de captación, solo se refirió la socialización de planes de acción generales a las ligas de usuario, en este sentido los entrevistados señalaron que la socialización de los avances de la implementación del DOTS Comunitario en el programa municipal y la red pública de atención, los llevo a considerar

incluir este aspecto, pero en el periodo de estudio no se avanzó en su implementación.

MONITOREO Y EVALUACIÓN: Las entidades del régimen

subsidiado incluyeron dentro de sus procesos de auditoria la evaluación de la guía de atención de TB establecida por la Resolución 412 de 2000, abarcando el proceso de captación. Se monitorearon los indicadores de captación, se socializó los resultados y se establecieron planes de mejora, sin embargo, una limitación de este aspecto fue según los entrevistados la baja

rectoría que presentaban con las IPS públicas, que impidió el reporte de información oportuna y completa del cumplimiento de metas del asegurador, en tanto si se realizaba al programa municipal.

Así mismo, los entrevistados refirieron que el reporte de cumplimiento de indicadores que recibieron de la red de IPS públicas se realizó según las consultas estimadas en la circular 058 de 2009, pero no de la población afiliada a la EAPB que se le asignó, por lo cual consideran que la forma en que la norma define las metas genera brechas y no permite armonizar los alcances de cada actor.

(...) La IPS hace la programación y ellos no tienen en cuenta nuestra población sino la de ellos, ellos cuando evalúan su programa cumplen, cuando suman para el municipio no cumple y tampoco cumplimos las EPS porque somos cinco EPS contratando con la misma IPS(...) Coordinador Regional EAPB Subsidiada. 2015

Si bien las entidades consolidaron la información de red y llevaron a cabo el reporte del informe trimestral el casos y actividades al programa municipal y departamental, cada entidad contó con un formato diferente para capturar la información de sus IPS.

En el régimen contributivo a partir de la programación, socialización y acuerdos de trabajo con la red prestadora de servicios de salud, las entidades desplegaron mecanismos de seguimiento y ajuste de las metas, desarrollando herramientas informáticas para acceder al reporte de la oportunidad de la toma de BK en casos sospechosos y de entrega de resultados, siendo el número de consultas que debe hacer el usuario para acceder a la prueba un aspecto sobre el cual no se alcanzó mejoría en el periodo de estudio.

y se hace alusión en las entrevistas a la necesidad de fortalecimiento de la vigilancia de las redes de laboratorio privadas por parte del Laboratorio Departamental de Salud pública.

La retroalimentación de resultados del proceso se desarrolló mediante encuentros periódicos y reportes de

(...) Hacemos mucho énfasis en lo que es los tiempos, la oportunidad, que dejen de citar a la gente hoy, mañana y pasado mañana, todavía no hemos podido lograr que los laboratorios entren a disminuir el número de contactos con los usuarios, pero sin embargo se les hace acompañamiento. En las visitas se verifican los tiempos y las fechas de tomas de las baciloscopias y en el formato que nosotros tenemos de seguimiento a sintomáticos respiratorios ellos nos tienen que reportar las fechas de cada una de las baciloscopias y la idea es que las fechas de las baciloscopias no pasen de dos días (...)

informes a los líderes asistenciales de las redes de atención, se establecieron planes de acción diferenciales y se realizó seguimiento a su cumplimiento y mejora de los indicadores de captación, cuando el incumplimiento persistió se procesó a medidas económicas relacionadas con el incumplimiento contractual.

TESIONES Y FACILITADORES

A continuación, se presentan las tensiones y facilitadores identificados en el nivel de aseguradores en el régimen subsidiado durante el periodo de estudio:

Tabla 5. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Administradoras de Planes de Beneficios. 2012-2014

DIMENSIONES	REGIMEN SUBSIDIADO		REGIMEN CONTRIBUTIVO	
	TENSIONES	FACILITADORES	TENSIONES	FACILITADORES
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	<p>Ausencia de planes de formación definidos dirigidos a los equipos de trabajo y las redes de prestación de servicios</p> <p>Las interrupciones en la continuidad de la asistencia técnica recibida debido se a la alta rotación de personal que hay en el programa municipal y en el departamental</p>	<p>Asistencia técnica periódica de las Entidades Territorial y permanencia de los equipos de trabajo de las EAPB</p>	<p>La estructura centralizada limita el desarrollo de estrategias diferenciales que atienda a las características sociodemográficas, epidemiológicas, institucionales y territoriales en que se gestiona el programa en el nivel municipal</p>	<p>Recurso humano con condiciones laborales que favorecen su permanencia en el proceso y con funciones asignadas al programa de TB.</p>
PROGRAMACIÓN	<p>La metodología de programación genero inconsistencias entre las metas del asegurador y las de la Red.</p>	<p>Articulación de Planes operativos de las entidades con las entidades territoriales.</p>	<p>La metodología de programación genero inconsistencias entre las metas del asegurador y las de la Red.</p>	<p>La articulación de los planes operativos anuales al plan territorial de salud.</p>

DIMENSIONES	REGIMEN SUBSIDIADO		REGIMEN CONTRIBUTIVO	
	TENSIONES	FACILITADORES	TENSIONES	FACILITADORES
EJECUCIÓN	La elevada rotación de personal asistencial de la red prestadora de servicios de salud limita el cumplimiento de protocolos del programa.	Disposición de estrategias de abordaje familiar y comunitario para la identificación de personas sospechosas.	La ausencia de participación comunitaria en las estrategias de prevención y búsqueda de casos sospechosos La sensibilización del personal médico en la identificación de personas sospechosas por la existencia de representaciones sociales que vinculan la enfermedad con situaciones de pobreza extrema	El acompañamiento técnico y compartir de experiencias de trabajo comunitario desde el cual se puede dinamizar el proceso de captación. La existencia de mecanismos para la implementación de acciones directas de búsqueda pasiva de casos.
MONITOREO Y EVALUACIÓN	Limitado acceso de la red prestadora de servicios de salud a la información sobre el cumplimiento de metas asignadas	Aplicación de procesos de auditoria y desarrollo de planes de mejoramiento continuos para el fortalecimiento del proceso.	Falta de visibilización del proceso de vigilancia y acompañamiento técnico de la red de laboratorios privada por parte de la entidad territorial departamental	La adopción de instrumentos de seguimiento y aplicación de sanciones económicas para incentivar la búsqueda.

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información cualitativa de los involucrados

13.4 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

El plan estratégico departamental definió como competencias relacionadas al proceso de captación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- Realizar la programación anual de actividades de TB: Programación de sintomáticos, respiratorios, Baciloscopias, detección de casos y realización de cultivos.
- Garantizar la implementación de los formatos del programa, capacitación a su personal en los lineamientos del manejo programático de personas con TB, monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas.
- Garantizar la ruta de atención y la búsqueda de sintomáticos respiratorios en el marco de los lineamientos y la guía vigente de atención de la TB definidos por el nivel nacional de control de tuberculosis
- Consolidar y enviar a la dirección municipal de salud y EPS los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes
- Definir el recurso humano referente para la atención integrada de casos de tuberculosis

A continuación, se describen los resultados según carácter público y privado de las entidades

13.5 .1 IPS PUBLICAS

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

De manera global el programa de control de TB en las 6 instituciones participantes estuvo bajo la dirección de los coordinaciones o subdirecciones de programas de promoción y prevención, el equipo directo del programa se encontraba descentralizado en todas las entidades, excepto en una en que se centraliza en el año 2014. El recurso humano que realizó la dirección del programa principalmente fue conformado por auxiliares de enfermería de dedicación exclusiva, profesionales de enfermería y médicos con asignación de diferentes

funciones además del programa de TB, solo en una entidad la responsable del programa tenía como formación terapeuta respiratoria y era exclusiva del programa

Los responsables del PCTB ejercieron funciones de gestión administrativa, que para el caso del proceso de captación abarcó la programación de metas de captación de SR y de los insumos requeridos a partir de esta proyección y el monitoreo y evaluación de los indicadores del proceso. De forma directa el proceso de captación de SR involucró la participación de equipos extramurales que incluyeron dentro de sus acciones de demanda inducida la identificación de casos sospechosos, así mismo se contó con la participación de todo el personal asistencial y de apoyo administrativo como recepcionistas y personal de seguridad en la identificación de personas SR, pero no se les asignó formalmente metas de captación.

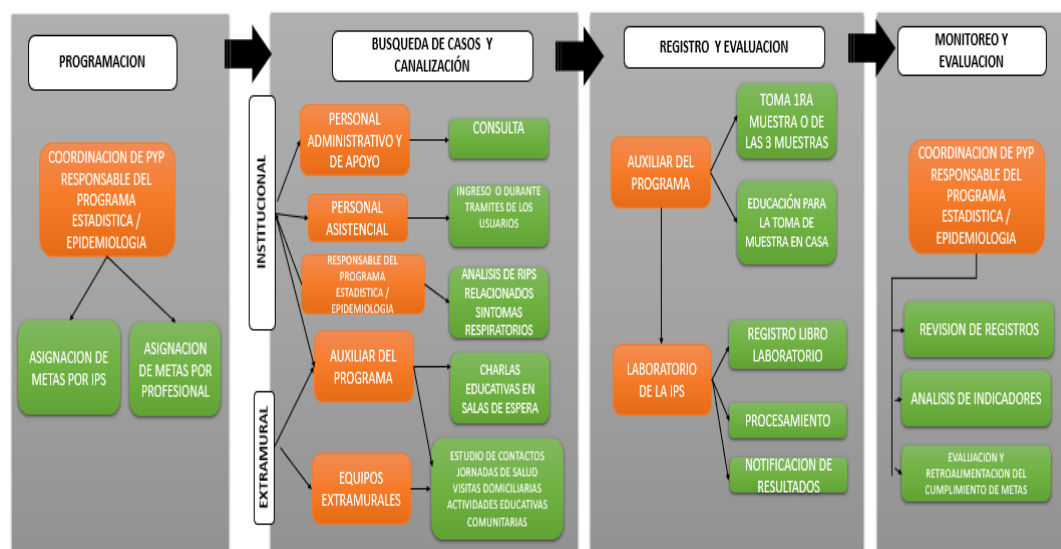
Las entidades reportaron la vinculación de estudiantes en formación técnica o profesional de enfermería que apoyaron las acciones educativas y de búsqueda. En dos entidades se vincularon promotores de salud o agentes comunitarios en el marco de la estrategia de DOTS comunitario que se empezó a implementar en el municipio.

La forma de contratación del equipo presentó variaciones, ya que los profesionales responsables del programa fueron vinculados de manera directa a la IPS, lo cual se reflejó en la antigüedad en el programa, en tanto que el personal médico y la mayor parte de auxiliares de enfermería tuvieron contratación por medio de asociación gremial y se vincularon médicos en servicio social obligatorio, es decir en año rural que al culminar su periodo formativo egresaron del programa, lo cual explica para los involucrados la elevada rotación de personal.

(...) Entran médicos nuevos, que entran rurales, que no conocen bien el programa entonces si hay una parte de médico que no lleva bien el programa entonces todo puede ir a pique (...) Auxiliar de Enfermería, IPS Publica.2015

(...) Pero cuando cambian la auxiliar todo se viene abajo... la auxiliar es la que está más pendiente y más activa en todas estas actividades, entonces si se dificulta cada vez que hacen cambios (...) Enfermera. IPS Publica.2015

Figura No 8. Proceso de captación de SR IPS publicas Cali 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información de Entrevista funcionarios de las IPS Públicas

Los equipos de salud contaron con asistencia técnica por la parte de la Secretaria de Salud pública Municipal y del Programa Departamental de forma periódica, para el 2012 se reporta un cambio, antes de este año el proceso se realizaba con todos los programas de las IPS en un encuentro municipal que se desarrollaba trimestralmente y donde cada institución presentaba la evaluación de indicadores, aspecto que señalaron como positivo, ya que permitía reconocer la situación del programa desde una retroalimentación directa; A partir del año 2012 se realizó de forma directa con el profesional asignado a la entidad desde el programa municipal, con revisiones mensuales lo cual permitió facilitar el seguimiento del programa, empero se considera que

limitó la interacción con otros programas y el intercambio de estrategias que permitía la metodología anterior.

Por otro lado, se resaltó la participación en el desarrollo de procesos de capacitación y certificación en el control de la TB, si bien estos no se centraron en el proceso de captación de SR, si resaltaron el compromiso del personal de salud en el control de la enfermedad. La participación del personal médico fue limitada, lo cual se atribuyó a la elevada carga laboral que presentan y su forma de vinculación laboral.

En relación con la inducción al cargo los entrevistados reportan la existencia del proceso, sin embargo, lo calificaron como muy breve, por lo tanto, no permitió el reconocimiento adecuado de las acciones asistenciales del programa, centrándose en aspectos administrativos, esta situación se subsanó a través del acompañamiento técnico recibido por los entes territoriales.

PROGRAMACION

La programación de metas se realizó en cumplimiento de la Circular 0058 de 2009, estimando que 5% de las personas mayores de 15 años que utilizaron el servicio de consulta externa por primera vez, por cualquier causa el año anterior, eran SR. Como se expuso anteriormente este componente estuvo bajo responsabilidad directa de las coordinaciones de promoción y prevención quienes con apoyo de las áreas de estadística o epidemiología lograron definir la meta

anual de sus entidades, distribuyéndolas en cada IPS y estas a su vez al total del recurso humano asistencial de las instituciones de las áreas de consulta externa principalmente, siendo la vinculación de los servicios de urgencias a las metas de captación una estrategia que se empezó a consolidar a partir del segundo año del presente estudio.

(...) Conviene dividir este número entre los días hábiles del año para tener un cálculo diario de cuántos sintomáticos respiratorios deben encontrarse por día. Esto permitirá hacer una evaluación periódica de la captación de sintomáticos respiratorios por IPS de forma semanal y mensual, de tal manera que puedan implementarse los correctivos que permitan al final alcanzar la meta (...)

En la mayor parte de las entidades la asignación de metas se realizó de forma mensual, solo una entidad reportó al finalizar el año 2014 la aplicación de la recomendación dada por la circular 0058 de 2009 de asignar metas diarias de captación para mejorar el control sobre el cumplimiento y desarrollar estrategias de mejoramiento oportunas.

EJECUCIÓN : Frente a la búsqueda de casos se identificaron dos ámbitos de actuación, en la primero se establecieron estrategias de búsqueda institucional desarrollando espacios de educación con el personal asistencial de la institución y con el personal administrativo y de apoyo, excepto en una entidad que reportó al inicio del periodo de estudio que el cumplimiento de la búsqueda se centró principalmente en el personal médico y al finalizar el año 2014, teniendo en cuenta el incumplimiento de metas se define involucrar al resto de personal incluyendo los servicios de urgencias.

Por otro lado, para lograr la indagación de síntomas respiratorios algunos de los entrevistados refirieron la inclusión en historias clínicas de sintomatología respiratoria y la indagación de otros síntomas clínicos además del tiempo de expectoración, como lo fue la presencia de fiebre y pérdida de peso; otra estrategia consistió en la búsqueda institucional de causas de consulta que involucraran síntomas respiratorios, en este ejercicio estuvieron principalmente involucrados los responsables del programa y las áreas de estadística y epidemiología de las entidades.

En el ámbito institucional una estrategia clave fue la educación en salas de espera desarrollada por las auxiliares del programa de forma esporádica, para ello se usó principalmente material educativo impreso entregado por el programa municipal, algunas entidades establecieron folletos y carteleros informativos en los espacios de circulación de los usuarios. Al respecto los entrevistados percibieron como una limitación la falta de tiempo del personal para realizar con mayor frecuencia estas actividades, en este sentido se apoyaron las estrategias con estudiantes en formación profesional o técnica de enfermería que se encontraban en las instituciones.

Así mismo consideraron relevantes la ausencia de campañas de comunicación en medios televisivos y radiales invitando a la comunidad a identificar riesgos y acercarse a los servicios de salud, de igual forma a nivel interno en las entidades no se disponía de material audiovisual para presentar en las salas de espera.

Se destaca que las representaciones sociales de estigma sobre la TB generaban, que pese a que las personas recibieran información no se acercaran a informar su sintomatología, por lo cual en algunos casos se ajustó la metodología primero identificando quienes presentaban tos y luego dando educación individual.

(...) Antes llegaba y daba la educación a todo el mundo y luego preguntaba “¿Alguien está con tos?” pues ya la gente que va oyendo allí se les van quitando de al lado entonces opte por tomar una conducta contraria, primero les hago la captación “¿Quién está con tos, cuánto tiempo lleva, ¿quién más hay con tos en la casa?” después que ya los tengo registrados ahí sí doy la educación (...)Auxiliar de Enfermería, IPS pública
2015

Dado que se involucró al personal administrativo y de apoyo en el proceso, se definieron rutas internas para canalizar las personas identificadas hacia la auxiliar del programa, sin embargo, uno de los entrevistados identificó limitaciones en el proceso pues en ocasiones la auxiliar no se encontraba en la institución y las personas se retiraban del establecimiento sin registro.

Una vez que la persona SR entró en contacto con la auxiliar del programa se realizó educación en higiene de la tos, se adelantó el registro y dio orientación sobre la toma de BK, se recolectó la primera muestra como estrategia para evitar la pérdida de personas; el procedimiento se realizó en algunos casos en el baño o en espacios abiertos de la institución según la infraestructura de la entidad.

Finalmente, se dieron indicaciones sobre la técnica de obtención del esputo y se solicitó a la persona presentarse al día siguiente con una toma en ayunas con recomendaciones como un alto consumo de líquidos para mejorar su calidad. En las situaciones en que se identificó que existía el riesgo de no retornar al servicio de salud se definió realizar la toma de las tres muestras en el momento con intervalos de 20 a 30 minutos.

Dentro de las limitaciones del proceso, se ubica la falta de actualización en conocimientos y sensibilización del personal médico y su elevada rotación, este último aspecto también se presentó en el personal auxiliar de enfermería siendo una barrera importante, dado que como lo referenciaron los entrevistados se requiere tiempo para alcanzar su entrenamiento y compromiso hacia el programa.

También, los entrevistados expresaron que si bien, dentro de la formación recibida en programas de educación superior y técnica se aborda la historia natural de la enfermedad, no se desarrollaron competencias suficientes para la gestión y aplicación de procedimientos y actividades que requiere el programa generando la constante necesidad de actualización del personal.

Frente a la evaluación bacteriológica, cada institución contó con un laboratorio dentro de su propia red, la comunicación entre esta dependencia y el personal del programa se estableció de forma directa en los casos con resultados positivos con la finalidad de ubicar rápidamente a la persona afectada. Las entrevistas con el

(...) Ellos tienen sus metas, sus indicadores y pasa y yo digo que pasa porque siempre terminando mes si incrementa el número de baciloscopias y terminando el año mucho más, entonces yo digo, “no han cumplido con metas y a todo el mundo lo están mandando” (...)

bacteriología IPS. publicas.2015

personal del laboratorio revelaron que una de las principales dificultades del proceso de captación se encontraba en la no identificación adecuada de casos, dado que al momento de procesar las muestras de esputo, se identificaba un alto porcentaje de muestras de saliva y esta situación se intensificaba en los periodos próximos al reporte de cumplimiento de metas, además el diligenciamiento del formato de orden de BK

presentaba en ocasiones información incompleta sobre condiciones de vulnerabilidad social o clínica que permitiera al laboratorio priorizar su procesamiento y el desarrollo de cultivos de las muestras negativas fue limitado, debido a la disponibilidad de recurso humano e insumos.

(...) El protocolo dice que a la segunda muestras de la primera baciloscopia negativa hay que sembrar, no se hace, no se hace primero por, yo pienso por costos, nosotros tenemos que comprar los medios de cultivo, además de tiempos, imagínese, a diario tendríamos que hacer aproximadamente 10 cultivos, entonces pues no hay tiempo, no hay medios y no hay espacio(..)

Bacteriología , IPS publica 2015

En torno a la oportunidad de entrega de resultados y los horarios de recepción de muestras, las entidades reportaron el desarrollo de planes de mejoramiento para garantizar la recepción sin barreras, lo cual incluyó la contratación de mensajeros para trasladar las muestras, insumos para el almacenamiento adecuado y algunos definieron personal exclusivo de bacteriología para el procesamiento.

En ámbito extramural se realizaron acciones educativas con grupos organizados de la comunidad y en instituciones educativas, también se identificaron SR a través de equipos primarios de atención, los cuales realizaron la búsqueda principalmente en jornadas de salud generales, solo una entidad desarrollo las jornadas de salud a partir de la georreferenciación de casos diagnosticados, lo cual refirieron mejoro la efectividad del proceso.

El personal auxiliar del programa tuvo una participación limitada en las actividades extramurales por su carga laboral, en este sentido se priorizaron aquellas donde había grupos vulnerables con dificultades en la búsqueda de ayuda como lo son la población habitante de calle y las comunidades indígenas. En ese sentido el abordaje diferencial del proceso este estuvo sujeto a las características sociodemográficas de los

(...) Nosotros salíamos a la calle, o sea, yo salía a la calle a buscar sintomáticos respiratorios y le hacíamos la captación, tomábamos la muestra para identificarlos con el nombre y con el apodo del paciente, entonces así era mucho más fácil ubicarlos, ubicar el sitio por donde ellos se desplazan, donde comen...las tres al mismo tiempo, las tres muestras al mismo tiempo pues con espacios (...)

territorios en los que operaban las instituciones. En una entidad para el trabajo con población habitante de calle se realizaron búsquedas en comunidad con apoyo de organizaciones no gubernamentales que brindaban asistencia social a la población, lo cual permitió conocer las rutas de alimentación, pernoctación en calle, lugares de actividad económica y apodos de las personas identificadas.

En este caso, la toma de las tres muestras se realizó de forma inmediata con intervalos de tiempo, lo cual también se relaciona al apoyo del programa municipal, quien desarrolló desde el año 2013 una intervención de DOTS comunitario para población habitante de calle y estableció una ruta de atención que valida las practicas que se venían desarrollando por las IPS.

Los involucrados expresaron que las personas habitantes de calle sin identificación o aseguramiento accedieron sin barreras a la evaluación, sin embargo, cuando se reconocía un asegurador con el cual no tenían convenio se presentaron barreras administrativas dado que la toma y procesamiento de las muestras debía hacerse por parte de la red de servicios que se le había asignado a la persona, sin importar que no estuviera en un territorio próximo a su lugar de tránsito.

En el caso de la población infantil, se fortaleció la capacitación de los médicos y enfermeras vinculados a los programas de atención a la infancia, generando en ellos competencias para la identificación de síntomas y la solicitud de BK en jugo gástrico o mediante aspirados nasales. También se reportó la búsqueda de casos desde la articulación Inter programática con los servicios de atención de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

Respecto a la participación comunitaria, en el periodo de estudio los participantes resaltan el aumento del conocimiento de la comunidad sobre los riesgos y síntomas relacionados con a la TB activa como un aspecto que ha permitido fortalecer el proceso, siendo las estrategias de educación en cada IPS claves de este logro y

la implementación de la estrategia DOTS Comunitario desde la Secretaría de Salud municipal en dos territorios de la ciudad , creando grupos organizados y actores claves de la comunidad en la búsqueda y canalización de casos.

MONITOREO Y EVALUACION.

Los programas recibieron auditorias y seguimiento por parte de los programas municipales, departamentales y de las EAPB. No se dispuso de estrategias de retroalimentación de los resultados del programa con la comunidad. El seguimiento a los indicadores y cumplimiento de actividades se desarrolló por parte de la coordinación la promoción y prevención y de los responsables del programa, se programaron encuentros mensuales en los cuales se realizó retroalimentación al personal de salud sobre los resultados del proceso, a partir del cual se establecieron medidas de mejoramiento entre los responsables del proceso.

Con relación al registro de los casos, se aplicaron los informes de casos y actividades establecidos por el nivel nacional, el libro de sintomáticos respiratorios y el libro de Baciloscopias y cultivos, al respecto los involucrados señalaron que al comienzo de la vigencia del estudio el reporte de información se realizó de forma manual y al finalizar la vigencia 2014 se realiza de forma electrónica. Por otra parte, todas las entidades reportaron plataformas virtuales a través de las cuales se recordaba al personal las metas de captación y se enviaba información de protocolos de atención.

Los entrevistados indicaron el cruce de fuentes de información del laboratorio y del programa como mecanismo para identificar la perdida de personas en riesgo, de igual forma desde la búsqueda institucional con la revisión de diagnósticos relacionados con problemas respiratorios fue posible identificar las fallas en la identificación de sintomáticos.

13.5.2 IPS PRIVADAS

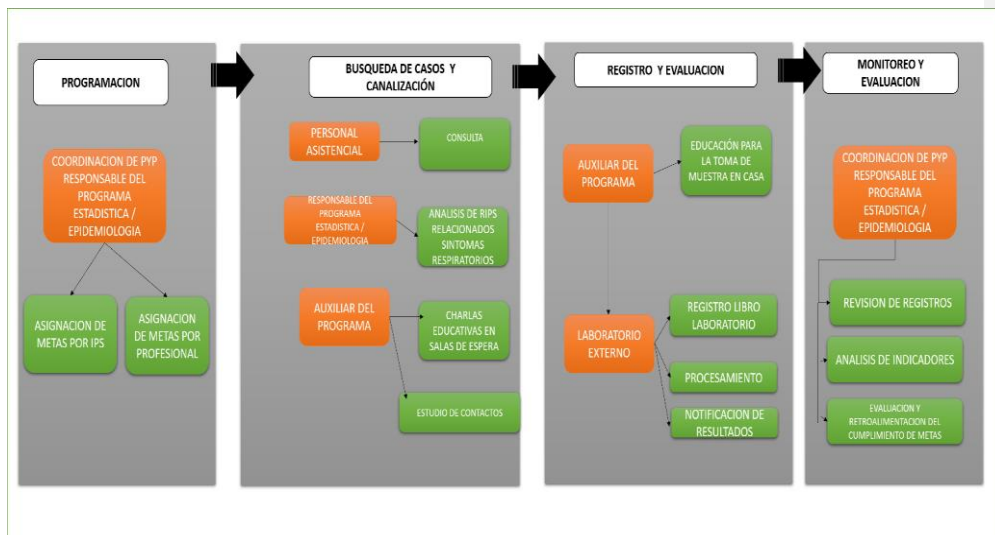
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Al igual que en las entidades de la red pública las áreas de dirección y de coordinación de promoción y prevención ejercieron un rol de gestión del programa y se contó con un referente con perfil de profesional de enfermería, por otro lado, existió una interacción directa con líderes de las EAPB quienes participaron en el monitoreo y evaluación, lo cual se explica porque las entidades hacían parte de la red propia de atención.

En este caso, las entidades participantes contaron con equipos de enfermeros, médicos y auxiliares de enfermería exclusivos del programa de TB, lo anterior debido a que sus programas se encontraban centralizados, sin embargo, el proceso de captación de SR se realizó de forma descentralizada involucrando todas las áreas asistenciales con la participación del personal administrativo y de apoyo.

La vinculación laboral del equipo de TB fue directa y por contrato a término indefinido y los procesos de inducción se hicieron en forma presencial y se apoyaron a través de plataformas virtuales donde las personas que ingresaron al programa tuvieron acceso a información administrativa, protocolos de atención y normatividad vigente. Se dispuso de una herramienta de evaluación del desempeño de los funcionarios del programa, sin embargo, esta herramienta fue general y no específica para las acciones de control de TB.

Figura No 9. Proceso de captación de SR IPS privadas Cali 2012-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información de Entrevista funcionarios de las IPS Privadas

Los entrevistados indicaron recibir procesos de asistencia técnica y capacitación de las entidades territoriales y desde las EAPB, a partir de lo cual se programaron procesos de actualización del personal dentro de los espacios de trabajo.

(...) la verdad no fui a todas las que hubiese querido ir, pero por lo que le digo, porque "no, o sea doc, pero es que ¿cómo hacemos? no hay médico, le toca quedarse acá, ta, ta, ta" muchas, pero muchas me perdí. Entonces llegaban las muchachas y me retroalimentaban cuando no debió haber sido así, porque no es lo mismo (...) Medico. IPS privada. 2015.

Así mismo se consideró como fortaleza la asignación de profesionales de asistencia técnica del programa municipal para cada entidad, lo cual represento para los participantes desarrollar una relación más estrecha y de cooperación con el municipio que la presentada a principios de la

vigencia de estudio, sin embargo algunos de los entrevistados percibieron debilidades en este aspecto relacionadas con la rotación y poca formación del personal del programa municipal, también se identificó que los médicos presentaron mayores limitaciones la asistencia a los espacios de capacitación por la no liberación de agendas de consultas.

PROGRAMACION: A diferencia de la red pública la programación de metas se realizó por parte de las subdirecciones regionales de las Empresas Administradoras de planes de beneficios a la cual se encontraban vinculadas las IPS, en este sentido los involucrados refieren que se hizo bajo el algoritmo dispuesto por la circular 0058 de 2009. La distribución de metas se realizó para cada IPS de la red y a su interior los responsables del programa o de las áreas de promoción y prevención distribuyeron la meta entre el personal asistencial de todas las áreas de consulta externa de la institución.

(...) El programa de tuberculosis siempre ha existido, pero es uno de los programas más como el “coco” de la institución entonces los médicos son apáticos, los directores son apáticos y básicamente queda trabajando solo la enfermera que está a cargo (...)

Enfermera IPS privada. 2015

(...) La asistencia es buena para el grupo, el único inconveniente es que la Secretaría cada año tiene una persona diferente y se lo digo porque yo ya llevo tiempito, cuando uno ya lleva tiempito tiende a conocer muy bien algunas cosas y se da cuenta uno que contratan gente que no tiene ni idea de tuberculosis (...). Profesional de Enfermería IPS privada. 2015

Se describe apoyo por parte de la Secretaria de Salud en la revisión de la programación de metas tanto en nivel de aseguradores con de sus redes

de servicios. Dentro de la planificación de acciones, se reporta como debilidad la baja participación de los equipos interdisciplinarios dentro del proceso, lo cual se atribuye a las actitudes de indiferencia y poca sensibilización en el reconocimiento de la enfermedad como un problema de salud pública y sobre su contribución en el control de la TB.

EJECUCIÓN.

La educación se realizó a nivel institucional en salas de espera en los momentos de mayor afluencia de usuarios, para lo cual se contó con material educativo impreso remitido desde las EAPB, así mismo algunas entidades dispusieron dentro de estos espacios spots educativos relacionados con la TB y una entidad reporta la utilización de pañuelos con información de síntomas .

(...) Nos regala unos klynex donde habla de la tuberculosis y nosotros vamos a las salas de farmacia, de espera, de laboratorio y les damos una educación: qué es sintomático respiratorio, los comprometemos, qué es tuberculosis y qué es sintomático respiratorio, comprometemos a que cada usuario que esté allí se detecte oportunamente cualquier persona que al lado le esté expectorando porque es como sensibilizar a todas las personas de que la tuberculosis está en todas partes(...)

Auxiliar de Enfermería. IPS privada 2015

Como en la red pública, las entidades reportaron convenios docentes asistenciales con estudiantes de las ciencias de la salud a través de los cuales se apoyaron el desarrollo de acciones educativas al interior de la institución. En el marco de la conmemoración del día mundial de la lucha de TB y de manera general dentro de los cronogramas anuales de jornadas de salud institucionales se incluyó por lo menos una vez la captación de casos sospechosos y la educación global sobre la enfermedad.

Por otra parte, se vincularon a los gestores institucionales, es decir personal administrativo y de apoyo dándolo a conocer las rutas de captación de SR y solicitándole la identificación y remisión a una auxiliar de enfermería de promoción y prevención o del programa de TB, sin embargo no se asignaron metas directas de captación.

(...) Nosotros entendemos que desde que las niñas del aseo y orientadores hasta el coordinador médico puede hacer demanda inducida para captar sintomáticos respiratorios, entonces allá todos tienen la camiseta puesta y todos hacemos esa función (...)

Enfermera IPS privada. 2015

Se incluyó la variable de SR dentro de las historias clínicas En todas las actividades de consulta externa, sin embargo, los entrevistados expresaron que pese a que se dio a conocer la ruta e importancia del proceso, se presentaron fallas debido a que no se ordenaba el BK a los SR identificados, lo cual se relacionó con la representación social de pobreza extrema asociada a la TB que tenía el personal médico y que no coincidía con las condiciones económicas de los usuarios abordados.

En este sentido, se realizó búsqueda institucional de registros de atención, para identificar personas que presentaron patologías relacionadas con síntomas respiratorios y a las cuales no se les indicó su evaluación con el apoyo de las áreas de vigilancia epidemiológica. Las personas que no asistieron a la toma de BK entraron en seguimiento por la auxiliar de enfermería de demanda inducida quien los contactó telefónicamente para orientarlos en la importancia de cumplir con la evaluación clínica.

Las IPS participantes no realizaron toma de BK dentro de la institución, por lo cual el proceso de educación sobre la muestra fue realizado principalmente por el personal auxiliar de laboratorio de las redes de laboratorios adscritas a cada EAPB que en algunos casos contaban con sedes al interior de las entidades y en las cuales indicaron la entrega de muestras en los días posteriores a la captación.

El personal de laboratorio entrevistado refirió el desarrollo de cultivos al 100% de muestras positivas y negativas procesadas, se plantearon estrategias para la recepción de muestras en cualquier horario y se reportó

de forma directa los resultados de BK a los responsables del programa a través de correo electrónico generalmente el mismo día de toma del examen.

Las entidades no reportan procesos de participación comunitaria o estrategias de captación extramural, al respecto refieren que no es una responsabilidad de las EAPB, pese a que el PCTB departamental indica lo contrario. Solo algunas entidades informaron desarrollar visitas de estudio de contacto de los casos

identificados con profesionales de trabajo social a partir del cual se llevó a cabo la captación de SR, mientras otras entidades realizaron el proceso a través de seguimiento telefónico de las personas diagnosticadas.

No se identificaron estrategias de abordaje diferencial para grupos de alta vulnerabilidad social como población privada de la libertad, población indígena y población habitante de/en calle, empero las entidades realizaron articulación interprogramática para identificar y evaluar casos entre personas que viven con VIH, personas con diabetes e hipertensión y con población infantil.

(...) No, nosotros a diferencia de la Red Pública muy poco trabajamos la parte comunitaria (...)

Enfermera, IPS privada 2015.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

A través de encuentros mensuales los responsables de promoción y prevención y los referentes de programas especiales de las EAPB revisaron el cumplimiento de las metas de captación de sus redes y se establecieron planes de mejoramiento, sin embargo algunos entrevistados exponen un débil acompañamiento en su implementación.

(...) De pronto la Secretaría, eran un poco desordenados la verdad, ellos solicitaban información y nosotros lo enviábamos oportunamente y después volvían a escribirnos que se la volviéramos a enviar y así pasaba muchas veces, parecía como si la información se les perdiera, entonces no recibimos como una retroalimentación muy valiosa que nos hubiera hecho crecer como programa no, y en la EPS sucedía exactamente igual, la EPS a nivel central también nos pedían los mismos archivos pero nunca hubo un acompañamiento cercano por parte de esta institución, entonces no, era más bien como cada uno con su conocimiento(...)

Medico IPS Privada. 2015

Como se expuso anteriormente para realizar seguimiento de la aplicación del proceso desde las áreas de vigilancia epidemiológica se realizó búsqueda institucional y por su parte de los profesionales de enfermería se crearon estrategias de sensibilización del personal asistencial, por ejemplo la creación de grupos de WhatsApp para recordar el cumplimiento de metas, ubicación de recordatorios en los fondos de pantalla de los computadores y se presentaron resultados de los indicadores en las carteleras informativas de las entidades.

TENSIONES Y FACILITADORES

A continuación, se presentan las tensiones y facilitadores identificados en el nivel de prestadores de servicios de salud Privados y públicos durante el periodo de estudio:

Tabla 6. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Prestador de Servicios. 2012-2014

DIMENSIONES	IPS PUBLICAS		IPS PRIVADAS	
	TENSIONES	FACILITADORES	TENSIONES	FACILITADORES
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	Elevada rotación del personal médico y de auxiliares de enfermería del programa relacionados con las formas de vinculación laboral a las entidades	Asistencia técnica permanente de los programas municipales y departamental	Ausencia equipos extramurales que realicen identificación de casos desde un enfoque territorial o poblacional	Vinculación laboral directa que permite la permanencia del recurso humano del programa de tuberculosis
PROGRAMACIÓN	Las metas asignadas por las entidades administradoras de planes de beneficios no corresponden a las establecidas por el prestador de servicios de salud teniendo en cuenta su capacidad de cobertura del proceso y la frecuencia de consultas de la población	Definición de metas por IPS y asignación de metas al personal asistencial de todas las áreas de la entidad	Débil participación interdisciplinaria en el proceso y de adaptación de las metas a las características epidemiológicas de la población.	Asignación de metas a todo el personal tanto asistencial como administrativo o de apoyo.
EJECUCIÓN	<p>La rotación de personal y la falta de sensibilización hacia la identificación adecuada de personas en riesgo genera fallas en el proceso que se expresan en la pérdida de sintomáticos respiratorios y en la baja calidad de las muestras</p> <p>Incipiente desarrollo de material educativo audiovisual y radial para difusión en salas de espera y de estrategias informativas en medios de comunicación regionales y nacionales</p> <p>La condición de aseguramiento de las personas captadas y en condiciones de alta vulnerabilidad limitó la toma directa del BK.</p>	<p>Desarrollo de estrategias institucionales y extramurales con participación de otras áreas de la entidad permitió fortalecer la búsqueda de casos y educar a la comunidad sobre los síntomas de riesgo.</p> <p>Se desarrollan estrategias de abordaje diferencial para grupos poblacionales con condiciones de vulnerabilidad que limitan el acceso a servicios de salud</p> <p>Establecimiento de estrategias de educación a la comunidad y participación de actores claves institucionales y comunitarios en el proceso de captación, apoyo de convenios docente asistencial para el desarrollo de acciones educativas</p>	<p>Ausencia de mecanismos de participación comunitaria y de búsqueda en territorio</p> <p>Limitaciones en la participación del personal médico en los procesos de formación y asistencia técnica, así como presencia de representaciones sociales sobre las personas en riesgo</p> <p>Ausencia de estrategias y protocolos de manejo diferencial en poblaciones vulnerables</p>	Desarrollo de estrategias educativas y pedagógicas para la prevención e identificación de casos a nivel institucional.

MONITOREO Y EVALUACIÓN	La asignación de otras responsabilidades al personal responsable del monitoreo limitó los tiempos disponibles para llevar acabo seguimiento y retroalimentación del proceso.	Herramientas informáticas para el registro y seguimiento de indicadores de captación y vinculación de áreas de epidemiología y estadísticas en el proceso.	Débil acompañamiento de ejecución de planes de mejoramiento para fortalecer el proceso de captación de SR.	Plataformas virtuales para la consolidación y difusión de resultados del personal asistencial.
-------------------------------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información cualitativa de los involucrados

13.5 ACTORES COMUNITARIOS

Tanto el Plan Estratégico departamental como el nacional no identifica dentro de los actores y competencias a las comunidades y las personas en riesgo o afectadas por TB, sin embargo, ambas directrices si señalan dentro de sus líneas de acción la necesidad de implementación de la Estrategia de Abogacía Comunicación y Movilización Social. En este sentido el Plan Departamental establece como compromiso de las Entidades territoriales municipales, EAPB e IPS:

- Promover la conformación de asociaciones de pacientes y expaciente e incluirlos en actividades de vigilancia con base comunitaria, actividades educativas y en el diseño y realización de estrategias de comunicación
- Impulsar la participación de la sociedad civil a través de grupos organizados a nivel local con el fin de integrar los procesos de planificación y seguimiento
- Incluir los planes de trabajo a nivel departamental, territorial e institucional, líneas específicas que permitan avanzar en estrategias de ACMS y que tengan soporte financiero

- Generar alianzas estratégicas con ONG, empresa privada, organismos de cooperación internacional, donantes y organizaciones de base comunitaria que permitan sustentar procesos de ACMS en apoyo a las decisiones a nivel nacional

Bajo este marco el programa municipal como actor participante del proyecto “Fortalecimiento Alto a la Tuberculosis en 46 municipios del litoral pacífico” financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la TB y la Malaria, Inició la implementación de la estrategia de ACMS “Vivamos sin tuberculosis todos somos partes de la solución”, basada en la metodología comunicación para el impacto conductual (COMBI)

Se inició el piloto en la comuna 20, priorizada por la incidencia de casos y de acuerdo con el comportamiento de los indicadores del programa de TB, al finalizar la vigencia de este estudio la entidad territorial había ampliado la cobertura del proceso con recursos propios, vinculando profesionales del área psicosocial y agentes comunitarios en otras comunas de la ciudad.

A continuación, se describirá los resultados de indagación de con 4 líderes comunitarios que participaron en la implementación de la estrategia ACMS en relación con el proceso de captación de SR.

PARTICIPACION

(...) Hay que mostrarle a la comunidad que el problema de que la Tuberculosis se acabe no es solamente del médico, la enfermera y la auxilia hay que bregar abrir que la gente tenga responsabilidad (...)

Líder comunitario. 2015

Los líderes que participaron en el proceso tenían previamente procesos de liderazgo en sus comunidades relacionados al ámbito de la salud, consistentes en la gestión del acceso a servicios de salud, el desarrollo de actividades para la promoción de estilos de vida saludable y acciones de escucha comunitaria en condiciones de sufrimiento relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas.

La vinculación al proceso varían entre los entrevistados, en un caso se da en el marco de la vivencia de la enfermedad en un familiar, lo cual conlleva a un interés por mejorar las acciones del programa en la adherencia al tratamiento y finalmente a la vinculación con la estrategia del Fondo Mundial, en otro se logra a partir de una entidad no gubernamental con la que había participado en el abordaje de reducción de riesgos y daños en población habitante de calle y finalmente dos líderes se vinculan a partir del resultado de un proceso educativo generado por la Estrategia de ACMS que lidera un agente comunitario de TB.

Los entrevistados vinculados al proyecto de Fondo Mundial lo hicieron a través de contratos de orden de prestación de servicios, indican haber recibido capacitación como agentes comunitarios de TB, lo cual abarca el conocimiento de los aspectos clínicos de la enfermedad, su prevención, tratamiento y componentes del manejo programático, siendo percibido como algo que posibilita mejorar el entendimiento sobre la transmisión de la enfermedad y su compromiso en su control.

Los líderes que fueron vinculados por un agente comunitario expresaron que lo hicieron mediante espacios de encuentro para el desarrollo de manualidades, en el cual se promovió el diálogo sobre los conocimientos y

representaciones que tenían acerca de la enfermedad en la comunidad. Estos líderes no contaron con vinculación laboral a ninguna entidad, ni fueron certificados como agentes comunitarios.

Frente a las condiciones que permitieron una participación activa de las comunidades, uno de los entrevistados hizo referencia a las estrategias de trabajo desarrollado con instituciones educativas en donde se logró la motivación de grupos de jóvenes en la educación y movilización social en torno a la TB, sin embargo no realizaron captación dado que los establecimientos educativos no permitían la salida de los estudiantes en la jornada de la mañana, momento en que las instituciones de salud recolectaban las muestras para trasladarlas al laboratorio.

Todos los involucrados recibieron entrenamiento para la toma de muestras de esputo, su almacenamiento, diligenciamiento de formatos, traslado hacia el servicio de salud y medidas de protección personal, en este campo se presentaron limitaciones con la recepción de muestras por parte del programa o el laboratorio debido a que al inicio no contaban con un código de facturación y las muestras tomadas eran cargadas al recurso humano de las instituciones de salud o por otro lado los tiempos de recepción de las muestras en el laboratorio impidieron su entrega oportuna.

Es importante señalar que en el caso de población habitante de calle con farmacodependencia o alguna situación social que indicara que no era posible que realizara la evaluación bacteriológica como se encontraba establecido en la institución, los agentes comunitarios tomaron las tres muestras de BK en el momento de identificación de la persona.

En otro ámbito los líderes consideran, que los resultados de su participación en el proceso se afectan por la falta de compromiso y sensibilidad del personal de salud, planteando que en algunas ocasiones lograban que la persona acudiera al servicio de salud para su evaluación y el personal médico no ordenaba la muestra y trataba la situación como una infección respiratoria general.

(..) Uno manda a las personas al médico, van y de pronto el medico apuradito medio lo examina, medio lo mira , porque a veces ni no alzan la cabeza ni lo miran siquiera, ya a lo último para salir le dicen que es un virus es una tosecita pasajera, pero no es así porque la tos la tiene desde hace mucho tiempo, no le manda los exámenes, le dicen no Tenes nada ándate y vuelve dentro de poco (...)

Líder Comunitario. 2015

ABOGACIA:

Para los líderes, un elemento central de los procesos comunitarios se encuentra en la socialización de la situación de tuberculosis en el territorio, la educación sobre las rutas de atención y el derecho a recibir una atención oportuna del programa. En el periodo evaluado las acciones de abogacía se centraron en cambiar la manera en que los equipos de salud abordaban a las personas con síntomas respiratorios y los afectados por TB, para lo cual se buscaron espacios de trabajo con las coordinaciones de los programas y el personal asistencial exponiendo las limitaciones que presentaban las personas para acceder al servicio de salud , como los temores y rechazos de ser diagnosticados con la enfermedad, la poca confianza, los tiempo de espera y condiciones de farmacodependencia.

También se desarrollaron acciones de abogacía para la validación de la contribución de la comunidad al proceso de captación, ya que se presentaron barreras administrativas para recibir las muestras tomadas como se expuso anteriormente, siendo superadas en aquellos agentes que presentaban vinculación laboral con una entidad , pero no en los líderes comunitarios que carecían de ella.

Finalmente, para los entrevistados un mecanismo fundamental para lograr una participación efectiva fue el fortalecimiento de la capacidad organizacional de las comunidades que permitió que las demandas no se realicen en solitario y representen las necesidades de todos los involucrados.

EDUCACION

(...) Mucha gente tiene la TB pero no la quiere aceptar no cierto, entonces hay, pero hay que motivarlos y hay que decirles que eso es grave siempre que no se acuda a tiempo al médico (...)

Líder comunitaria. 2015

Pese a la dotación de material educativo y al desarrollo de un folleto para la derivación de casos a las instituciones de salud, todos los líderes coinciden en afirmar que los materiales impresos no son estrategias efectivas para lograr educar a la comunidad, en este sentido la principal estrategia que usaron fue generar acercamientos y establecer diálogos sobre situaciones cotidianas y necesidades que experimentan las personas inicialmente y luego abrir la

conversación sobre la enfermedad.

También se incluyeron en los espacios de encuentro, el desarrollo de actividades artísticas, culturales o deportivas aterrizadas a las características de los grupos, la organización de jornadas de salud previamente concertadas con líderes del sector y con difusión a la comunidad, en donde se realizaron actividades lúdicas y artísticas para promover la participación de las personas y se ofertaron servicios de promoción y prevención y no solo de TB.

Sobre las acciones de educación que realizan los equipos institucional y extramurales de forma general los entrevistados señalan la necesidad de que se haga desde un trato amable y genuino de las personas y se hable de forma permanente de la enfermedad, sin importar que el motivo del desarrollo de la jornada no sea principalmente la captación de casos, también consideran que las comunidades presentan representaciones sociales a cerca de la inexistencia de la enfermedad o temores de ser diagnosticados, por lo cual el rol del

agente comunitario es fundamental, para acompañar y reorientar estas situaciones hacia la posibilidad de tratamiento y del reconocimiento de la responsabilidad de la comunidad en el control de la enfermedad.

TENSIONES Y FACILITADORES: A continuación, se presentan las tensiones y facilitadores identificados en el nivel de líderes comunitarios durante el periodo de estudio:

Tabla 7. Tensiones y Facilitadores del Proceso de Captación. Nivel Comunitario. 2012-2014

DIMENSIONES	TENSIONES	FACILITADORES
PARTICIPACIÓN	Falta de reconocimiento formal de las acciones que realizan los líderes comunitarios en la estructura administrativas de los prestadores de servicios de salud. La pérdida de personas identificadas por los líderes comunitarios cuando el personal médico no envía la evaluación de BK	El conocimiento de derechos en la atención de las personas y las habilidades de escucha y relación de ayuda
ABOGACIA	Débil respuesta institucional y articulación con las organizaciones de base comunitaria para generar mecanismos de participación efectiva en el proceso	La formación como agentes comunitarios posiciono el rol dentro de la institucionalidad
EDUCACION	Se percibe incipientes esfuerzos por posicionar a través de medios de comunicación masivos y de formas de educación alternativas la corresponsabilidad de las comunidades en	Se desarrollaron espacios de dialogo e intercambio de saberes con la comunidad

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de información cualitativa de los involucrados

Objetivo No 2. Determinar los resultados de la captación de SR en el municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.

RESULTADOS

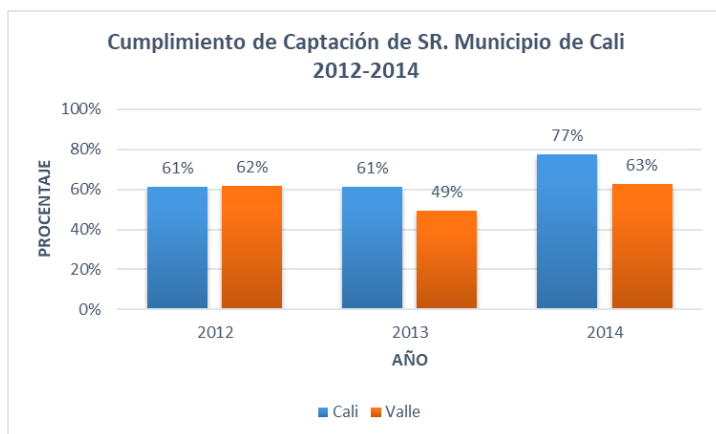
A continuación, se presenta los resultados de los indicadores operaciones del proceso de captación de SR.

11.1 Porcentaje de Captación de Sintomáticos Respiratorios

Teniendo en cuenta la proyección de población mayor de 15 años reportada por el DANE, durante el periodo de estudio el municipio programo la identificación y evaluación con pruebas de BK de un total 146.917 personas que debían presentar síntomas respiratorios presuntivos de TB, y logró examinar 97.123, con un porcentaje de cumplimiento del 66% por debajo de la meta de captación del 80% establecida por el plan estratégico departamental 2012-2015.

Se identificó que el porcentaje de cumplimiento de las personas SR examinadas se mantuvo en el 61% los dos primeros años y se incrementó en 16 puntos porcentuales en el 2014 (77%), ubicándose muy cerca del alcance de la meta. La tasa de cambio promedio del periodo fue del 24%.

Gráfico 1. Cumplimiento de Captación de SR. municipio de Cali. 2012-2014



Fuente: PCT SSD Valle 2012 a 2014

Al comparar los resultados con el nivel departamental se identifica que en el año 2012 el porcentaje alcanzado (61%) fue solo 1 punto porcentual menor que en el departamento (62%), en tanto que en el periodo 2013 y 2014 muestra un aumento de 12 y 14 puntos porcentuales respectivamente.

11.2 Positividad de la Baciloscopias

Tabla 8. Positividad de la Baciloscopias, Municipio de Cali 2012-2014

A Ñ O	2012			2013			2014		
	No SR +a la Baciloscopi as	No SR examinados con BK de Esputo	% positiv idad	No SR +a la Baciloscopi as	No SR examinados con BK de Esputo	% positiv idad	No SR +a la Baciloscopi as	No SR examinados con BK de Esputo	% positiv idad
CALI	600	34998	2	511	27242	2	510	34883	1
VALLE	1070	51959	2	908	42062	2	895	54494	2

Fuente: libro de Baciloscopias y cultivo del Laboratorio departamental, informes de casos y actividades. Base de datos de notificación a SIVIGILA del programa departamental de TB.2012-2014

Con respecto al porcentaje de positividad a la Baciloscopias que mide la probabilidad de que un SR sea positivo al examinarse (Tabla No 7), se pudo observar que en los años 2013 y 2014 el porcentaje de personas examinadas con BK que tuvieron resultados positivos frente al total de SR examinados fue de 2%, en tanto que en el año 2014 se presentó una variación con una disminución ubicando el indicador en el 1%, esta variación puede ser explicada por el aumento de sintomáticos respiratorios que en ese periodo alcanzo su valor más alto.

11.3 Concentración de las Baciloscopias

La concentración de Baciloscopias define el número promedio de Baciloscopias con las cuales fue evaluado cada SR, siendo el valor mínimo esperado según la guía de control de TB de 2,5 y 3 el valor optimo, como muestra la tabla No 8 el municipio cumplió durante los primeros 2 años del estudio con el valor mínimo esperado y se ubicó por debajo en el año 2014, lo cual se reflejó en la disminución en el rendimiento o positividad de la Baciloscopias observado en este mismo año de estudio.

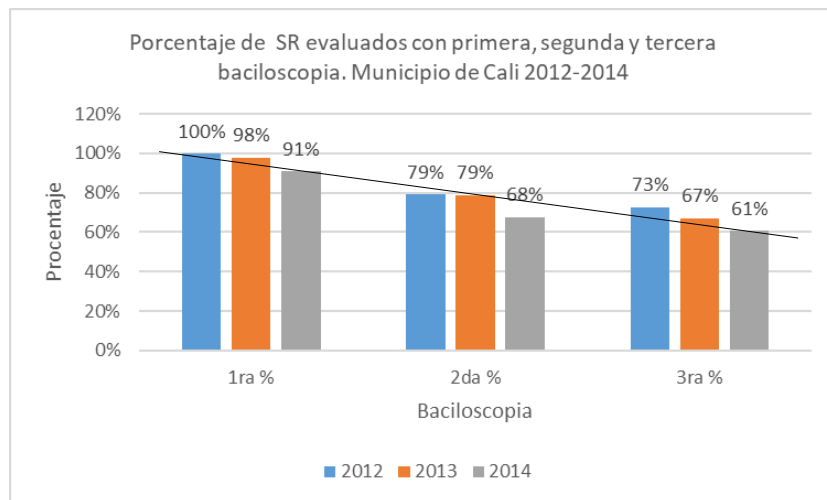
Tabla 9. Promedio de Baciloscopias Municipio de Cali. 2012-2014

AÑO	# SR EXAMINADOS	#BACILOSCOPIAS	PROMEDIO
2012	34998	88224	2,5
2013	27242	66474	2,5
2014	34883	76502	2,4

Fuente: Reporte anual de actividades de bacteriología Laboratorio departamental, 2012-2014

La sensibilidad diagnóstica de la Baciloscopias aumenta a medida que se logra la evaluación de un mayor número de muestras, en este caso se encontró una tendencia hacia el descenso de la cobertura de la primera, segundas y terceras Baciloscopias como lo muestra el grafico No 8. Esta situación presenta implicaciones importantes sobre la calidad del proceso de captación dado que indica que las personas identificadas no están siendo evaluadas de forma adecuada para asegurar su diagnóstico.

Gráfico 2 Porcentaje de SR evaluados con primera, segunda y tercera Baciloscopias. Municipio de Cali 2012-2014



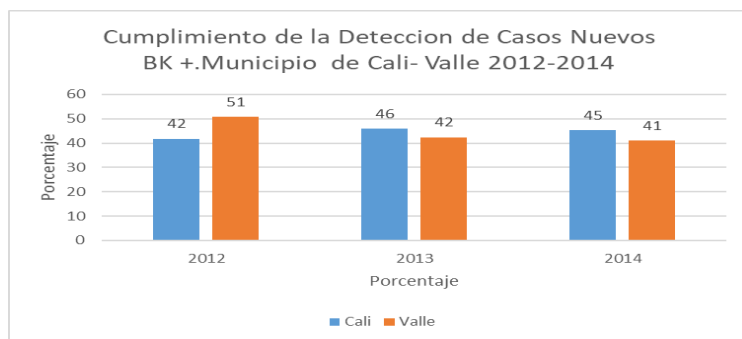
Fuente: Reporte anual de actividades de bacteriología Laboratorio departamental, 2012-2014

11.4 Detección de Casos

La detección de casos nuevos de TBP BK+ permite reconocer los efectos directos del proceso de captación de sintomáticos respiratorios en la medida que representa la capacidad de lograr el efecto deseado, que en este caso es la identificación temprana de personas afectadas con la forma de tuberculosis que propicia su transmisión, en este sentido se encontró que en el periodo de estudio en promedio el 71% de los casos notificados de TB al SIVIGILA correspondieron a esta condición

Con relación al porcentaje de detección, la meta establecida desde el nivel nacional es del 70%, pero durante los años de estudio el municipio se encontró por debajo de la meta con un promedio del 44%. Se pudo observar variaciones sobre este indicador consistentes en el aumento de 4 puntos porcentuales entre los años 2012 (42%) y 2013 (46%) y posteriormente una disminución de un punto porcentual en el 2014 (45%). La tasa de cambio promedio fue del - 7%.

Gráfico 3. Cumplimiento de la Detección de Casos Nuevos BK+. Cali- Valle. 2012-2014



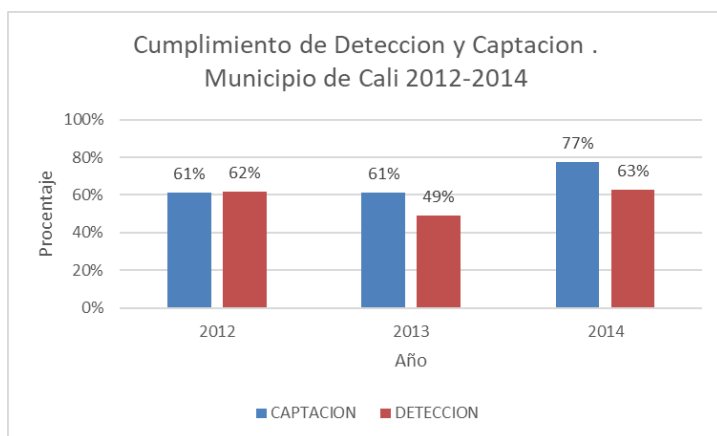
Fuente: PCT SSD Valle 2012 a 2014

El análisis comparativo con el Departamento del Valle muestra que el cumplimiento del indicador del municipio estuvo por debajo del departamento solo en el año 2012 con un porcentaje del 42% que represento una diferencia de 4 puntos porcentuales frente a los resultados departamentales.

Al realizar la comparación de indicadores de captación y detección de casos (Grafico No 9) se identifica que en el año 2012 , el porcentaje de captación alcanzado y de detección de casos tienen cifras cercanas , lo cual podría indicar que el proceso de identificación de personas sospechosas se realizó de forma adecuada, en tanto que en los años 2013 y 2014 presenta una brecha entre ambos indicadores, ya que si bien aumento la cobertura

de personas captadas la detección fue inferior, este aspecto lo cual lejos de significar una disminución de carga de la enfermedad o su control podría indicar la inadecuada identificación y evaluación de SR.

Gráfico 4. Cumplimiento de Detección y Captación. Municipio de Cali 2012-2014



Fuente: Fuente: PCT SSD Valle 2012 a 2014

Nivel de atención de la detección de casos TPBK+

Al explorar el nivel de atención en el cual se realizó el diagnóstico de nuevos casos de TP BK + (Tabla No 10), se logra identificar que durante todo el periodo de estudio en promedio el 59% de los casos fue notificado en instituciones de salud del componente primario de atención (Nivel I) y el 41% restante en el componente complementario (Nivel II y III), lo cual muestra que una parte importante de la población afectada por TB se está identificando tardíamente en servicios hospitalarios cuando presentan agudización de su cuadro clínico.

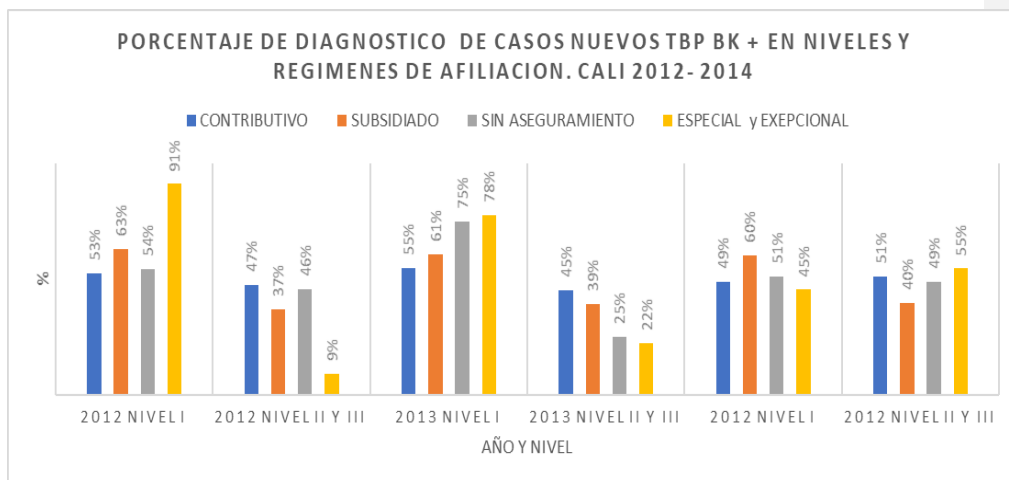
Tabla 10. Porcentaje de casos nuevos de TBP bk+ por niveles de atención. Cali 2012-2014

NIVEL DE ATENCION	Año	Porcentaje	Año	Porcentaje	Año
	2012	%	2013	%	2014
NIVEL I	599	59	475	62	495
NIVEL II Y II	411	41	286	38	411
TOTAL	1010	100	761	100	906

Fuente. Base de Datos SIVIGILA. 2012- 2014. Municipio de Cali

Finalmente al desagregar la información del nivel de atención en donde se realizó el diagnostico respecto a la condición de aseguramiento, se logra identificar una disminución de la diferencia entre el porcentaje de la población con diagnostico en el nivel primario y en el complementario respecto al comportamiento municipal tanto para el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, llegando a ser mayor el peso porcentual del diagnóstico hospitalario en el régimen contributivo (51 %) y de los regímenes especiales (55%) en el año 2014 . (Grafico No 12)

Gráfico 5. Porcentaje de Nuevos de Tuberculosis Pulmonar Bk positivos notificados al SIGIVILA por nivel de atención y aseguramiento Cali 2012-2014



Fuente. Base de Datos SIVIGILA. 2012- 2014. Municipio de Cali

El régimen subsidiado disminuye a lo largo del periodo el porcentaje de casos detectados en el nivel I de atención alcanzando en el 2014 su porcentaje más bajo con el 60%. Respecto a la población sin aseguramiento el comportamiento es variable con un pico en el año 2013 donde el alcan el 75% en el nivel I y el punto más bajo se encuentra en el año 2014 con el 49%. En el caso del régimen contributivo entre los años 2012 y 2013 cerca del 50% de los casos se identificaron en el nivel I, pero ese porcentaje desciende en el 2014 a menos de la mitad de los casos.

El régimen se excepción o especial por su parte muestra un descenso en la identificación de casos que pasa del 91% en el primer nivel durante el año 2012 a 55% en el año 2014.

Objetivo 3. Identificar las relaciones entre los resultados y el proceso de captación de SR desarrollado por los diferentes actores del municipio de Cali durante el periodo 2012-2014.

Para identificar las relaciones, se parte del análisis de información cualitativa de las acciones desarrolladas en el proceso de captación de SR por cada nivel de observación (Figura No 10), lo cual permite identificar que en el nivel de autoridad sanitaria se cumplieron funciones de programación, asistencia técnica a los actores en el cumplimiento de metas, se implementó como estrategia directa de captación el DOTS comunitario, se generaron espacios de trabajo a nivel intersectorial y el monitoreo y evaluación del proceso se desarrolló en el marco del reporte de indicadores de los actores del sistema de salud, sin embargo la información de las acciones desarrolladas por la comunidad no fue monitoreada en el proceso.

En las EAPB se identificó variaciones, específicamente en las acciones de demanda inducida que para el caso del régimen contributivo solo abarca la búsqueda institucional en tanto que el régimen subsidiado desplego estrategias con equipos propios diferentes a la red prestadora de servicios de salud para caracterizar la población afiliada como SR.

Las IPS presentan variaciones similares, dado que las IPS públicas indicaron acciones de captación extramurales y con grupos poblacionales diferenciales como población habitante de calle, mientras que las IPS privadas centraron su búsqueda al interior de sus instituciones, por otro lado, la toma de BK en estas entidades no se realizó de forma inmediata y las personas fueron derivadas a las redes de laboratorios donde recibieron indicaciones para tomar la muestra en casa.

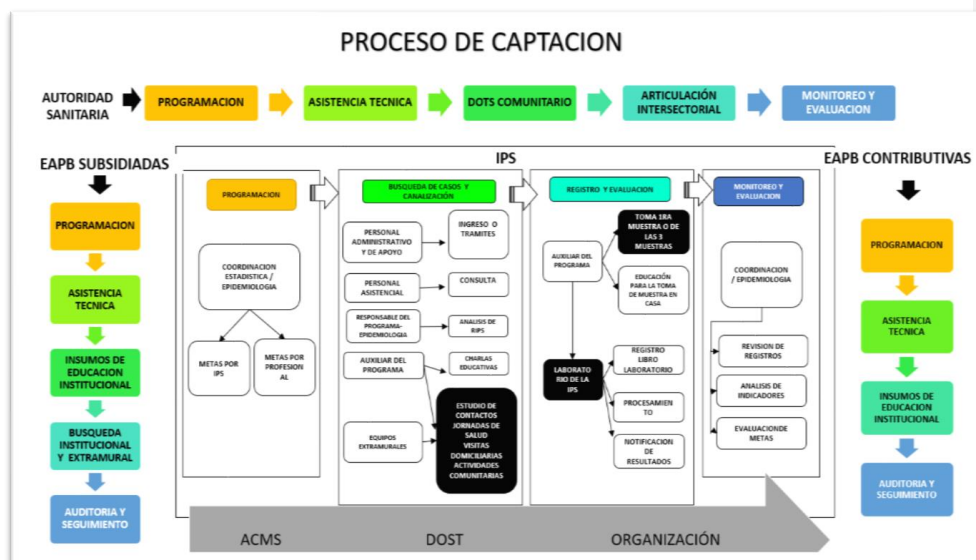
La comunidad se vinculó al proceso a partir del establecimiento de las estrategias de DOTS comunitario y ACMS, lo que permitió su formación como agentes comunitarios que a su vez trabajaron en organizaciones de base comunitaria para generar una transferencia de conocimiento y propiciar el compromiso de las comunidades en el control de la TB.

Respecto a la revisión documental se encontró que el contexto del municipio de Cali durante el periodo de estudio indica un riesgo social y epidemiológico elevado para la trasmisión de la TB, generado por las dinámicas que produce con la elevada concentración de población en especial en la zona oriente de la ciudad, los fenómenos de migración forzada, el porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas y pobreza, así como las limitaciones del sector salud y la búsqueda de ayuda de las personas en riesgo.

Frente a lo cual, en cada nivel de observación se reconoció como una limitación en la aplicación de los lineamientos nacionales de programación de SR dado que no visibiliza las condiciones particulares que presenta el municipio, su capacidad de respuesta social e institucional, esto conlleva a la definición de estrategias directas de captación en el régimen subsidiado y en el programa municipal.

En esta misma línea, se identifica que existen condiciones sociales desfavorables que afectan de forma diferencial a algunos grupos poblacionales, como la población privada de la libertad, habitantes de calle, y grupos étnicos, requiriendo concentrar acciones en estrategias de captación adoptadas en sus necesidades, siendo importante los avances logrados por el programa municipal y la red pública de atención dan cuenta de la implantación de acciones diferenciales, sin embargo no se generaron acciones en el régimen contributivo.

Figura No 10 Proceso de captación por nivel de observación. Cali 2012 -2014



Fuente: Elaboración propia

La identificación de tensiones del proceso en cada nivel de observación contribuye a comprender los resultados de los indicadores operacionales. Por lo cual se identificaron ocho (8) categorías comunes entre los diferentes niveles de observación (Figura No 11), que se presentan a continuación:

- 1) La rotación de personal fue una tensión común para la autoridad sanitaria, las EAPB subsidiadas y las IPS publicas afectando la capacidad funcional, la ejecución de acciones y el monitoreo y evaluación, debido a que generaba iniciar nuevamente procesos de formación y sensibilización del personal a cargo y limitaba la continuidad de los planes de mejoramientos y redireccionamiento de acciones.

Figura No.11. Tensiones del Proceso de Captación de SR. Cali 2012-2014

NIVEL DE OBSERVACIÓN	AUTORIDAD SANTARIA	EPS CONTRIBUTIVAS	EPS SUBSIDIADAS	IPS PUBLICAS	IPS PRIVADAS	COMUNIDAD	
DIMENSIONES	TENSIONES	TENSIONES	TENSIONES	TENSIONES	TENSIONES	DIMENSIONES	TENSIONES
CAPACIDAD FUNCIONAL						PARTICIPACION	Rotación personal
							Enfoque territorial y comunitario
PROGRAMACIÓN						ABOGACIA	Metodológica calculo y asignación de metas
							Falta compromiso, actitudes y representaciones sociales de estigma
EJECUCIÓN							Rectoría, asistencia técnica y vigilancia
							Insuficiente desarrollo estrategias de educación
MONITOREO Y EVALUACIÓN						EDUCACION	Insuficiente desarrollo de Investigaciones operativas fortalecer proceso
							Calidad de la información

Fuente: Elaboración propia

- 2) El enfoque territorial y comunitario entendido como la generación de acciones diferenciales en los entornos familiares , laboral y comunitarios de las personas en riesgo y a nivel poblacional, fue una tensión común para las EPAB del régimen contributivo, las IPS privadas y las comunidades, lo cual afecto la capacidad funcional y la ejecución de acciones directas de identificación, esta situación se relaciona con la ausencia de enfoque territorial que presenta la gestión del riesgo en el régimen contributivo y en el caso de las comunidades en las dificultades en que su participación sea adecuada ya que no son reconocidos como actores formales del proceso. durante el periodo de estudio indica un riesgo social elevado para la transmisión de la TB, generado por las dinámicas que produce con la elevada concentración de población en especial en la zona oriente de la ciudad, los fenómenos de migración forzada, el porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas y pobreza, así como las limitaciones del sector salud y la búsqueda de ayuda de las
- 3) Todos los actores institucionales identificaron como tensión la metodología de cálculo del indicador de captación , lo cual afecto tanto la programación en la autoridad sanitaria como la capacidad

organización funcional de EAPB e IPS, esta tensión plantea que el modelo con que se establece las poblaciones objeto de atención no da respuesta adecuada a las particularidades del contexto territorial, social y económico del municipio como de las entidades que desarrollan el procesos, las cuales presentan diferencias importantes por régimen de afiliación en su capacidad de realizar búsqueda de las personas que no consultan de forma espontánea los servicios de salud.

- 4) En las IPS, la comunidad y las EAPB del régimen subsidiado la falta de compromiso del personal de salud genero una presión negativa, ya que se vinculó a no reconocer y evaluar a los afectados oportunamente, dadas las actitudes y representaciones sociales sobre la TB que podían generar una falta percepción del riesgo sobre el personal de salud, ya que las personas que no cumplieran con el imaginario de vivir en condiciones de extrema pobreza asociado a la TB, podían no ser consideradas como sospechosos pese a cumplir las características definitorias de SR, también pudo influir en este aspecto que comunidades y actores institucionales no reconociera que la TB continua siendo un problema de salud pública que requiere la corresponsabilidad social de todos los involucrado para su control.
- 5) La debilidad en la Rectoría, asistencia técnica y vigilancia fue una tensión que se expresó en las dimensiones de programación, monitoreo y evaluación de las EAPB y las IPS privadas, encontrado que los actores percibieron que la asistencia técnica estuvo centrada en el cumplimiento de metas y no en el fortalecimiento del compromiso del personal de salud en la captación, así mismo las características propias de la estructura de las EAPB que es centralizada, limitan la rectoría sobre la red de atención propia y adscrita que se manifestó en la falta de reporte de información oportuna y completa sobre las acciones desarrolladas, también en la forma en que se determinaron las metas puesto que la población objeto de las IPS según la resolución 058 de 2009 no contemplaba a la población que no asistía a los servicios de salud de forma espontánea generando una brecha con la meta establecida para el nivel de las EAPB.
- 6) En la programación las IPS públicas se encontró como como tensión el insuficiente desarrollo de estrategias educativas que disponía el equipo de salud para abordar a las comunidades, siendo una acción espontánea y no sistemática y basada en una planificación adecuada de metodologías participativas con las comunidades, esta misma tensión se reconoce con los actores del nivel

comunitario quienes expresaron dificultades para trascender los procesos clásicos de educación que realizan los servicios de salud centrados en la entrega de información y lograr propiciar un dialogo de saberes con las comunidades.

- 7) La Autoridad sanitaria y los actores de las IPS publicas informaron la ausencia de investigaciones que permitieran mejorar el proceso de captación de SR desde las mismas estrategias aplicadas para identificar y educar a las personas como de la manera en que se monitoreaba el proceso.
- 8) Las debilidades en la calidad de la información que se reportó para el proceso de monitoreo y evaluación fue una tensión identificada en lo reportado por la autoridad sanitarias y las IPS públicas dado que en esta dimensión no se generaron acciones para verificar la información reportada y realizar seguimiento a las personas identificadas que no fueron evaluadas, también influyo en este aspecto que las EAPB que contrataron acciones con las IPS publicas disponía de formatos de consolidación de información diferentes.

Respecto al análisis de facilitadores del proceso por nivel de observación (Figura No 12) se identificaron siete (7) categorías comunes que se describen a continuación:

- 1) El fortalecimiento del recurso humano en las autoridades sanitarias, EAPB contributivas y las IPS privadas permitió mejorar la estructura funcional de la autoridad sanitaria permitió zonificar las acciones de asistencia técnica y aumentar los procesos de monitoreo y evaluación. En el caso de las EPAB contributivas y las IPS privadas la continuidad del recurso humano se relacionó con las formas de contratación, ya que en estas entidades se establecieron contratos a término indefinido o definido de forma directa.
- 2) La asistencia técnica y capacitación del personal responsable del programa de control de TB, fue el facilitador de mayor frecuencia identificado en todos los niveles de observación y represento que los actores percibieron un acompañamiento permanente de las entidades territoriales y de las EAPB en la aplicación de la norma técnica de captación y cumplimiento de indicadores

- 3) La Autoridad Sanitaria, las EAPB Contributivas y las IPS desarrollaron y ajustaron instrumentos de monitoreo del proceso de captación, permitiendo fortalecer la programación de acciones en la autoridad sanitaria desde el ámbito de la asistencia técnica y en los otros actores el monitoreo y evaluación del proceso.
- 4) La coordinación de acciones en la autoridad sanitaria y las EAPB del régimen contributivo se encontró dada el acompañamiento permanente de estos niveles en la programación y ejecución de acciones de sus redes para el cumplimiento de metas de captación.
- 5) Los actores comunitarios, la red pública de atención, el régimen subsidiado y la autoridad sanitaria dispusieron de estrategias de búsqueda extramurales con enfoque territorial y poblacional que contribuyó a su capacidad organizacional y a la ejecución de acciones.
- 6) En la dimensión de la programación y ejecución la asignación de metas de captación tanto al personal asistencial como personal administrativo y de apoyo de las entidades, permitió que en las IPS subsidiadas y las IPS privadas se favoreciera el cumplimiento de metas de captación.
- 7) Las EAPB contributivas generaron procesos de búsqueda institucional sistemáticos desarrollando material educativo para sus redes de prestación de servicios y realizando revisión de los registros de prestación de servicios de salud para identificar personas SR que no fueron identificadas durante la consulta.

Figura No 12. Facilitadores del Proceso de Captación por nivel de observación. Cali 2012-2014

Con formato: Descripción, Centrado

	AUTORIDAD SANITARIA	EPAB CONTRIBUTIVAS	EPAB SUBSIDIADAS	PUBLICAS	PRIVADAS	COMUNIDAD			
CAPACIDAD ORGANIZACIONAL						PARTICIPACION		Fortalecimiento del Recurso Humano	
								Procesos de asistencia tecnica y capacitacion	
								Fortalecimiento de metodologias e instrumentos de seguimiento	
PROGRAMACION								Coordinacion de acciones	
EJECUCION						ABOGACIA		Desarrollo de estrategias de base comunitaria	
								Asignacion de Metas	
MONITOREO Y EVALUACION						EDUCACION		busqueda insitucional sistematica	

Fuentes: Elaboración propia

Con la información anterior se llevó a cabo el establecimiento de relaciones con los resultados de los indicadores del proceso como se presenta a continuación:

Figura No. 13. Relación de indicadores de con tensiones y facilitadores . Cali 2012- 2014



Con formato: Revisar la ortografía y la gramática

Con formato: Normal, Izquierda

Fuente: Elaboración propia

El contexto epidemiológico del municipio de Cali señala un alto riesgo de transmisión de la TB, sin embargo, la manera como se calcula la meta de captación de SR es homogénea para todas las entidades territoriales del País. El índice de densidad poblacional muestra un rápido crecimiento poblacional lo cual pudo influir en el denominador del indicador, dado que la población mayor de 15 años aumentó durante el periodo de estudio.

Con formato: Fuente: 10 pto

Con formato: Interlineado: 1,5 líneas

~~Frente a lo cual, en cada nivel de observación se reconoció como una limitación la aplicación de los lineamientos nacionales de programación de SR dado que no visibiliza las condiciones particulares que presenta el municipio, su capacidad de respuesta social e institucional, esto conlleva a la definición de estrategias directas de captación en el régimen subsidiado y en el programa municipal.~~

~~En esta misma línea se identifica que existen condiciones sociales desfavorables que afectan de forma diferencial a algunos grupos poblacionales, como la población privada de la libertad, habitantes de calle, y grupos étnicos, requiriendo concentrar acciones en estrategias de captación adoptadas en sus necesidades, siendo importante los avances logrados por el programa municipal y la red pública de atención dan cuenta de la implantación de acciones diferenciales, sin embargo no se generaron acciones en el régimen contributivo.~~

El desempeño del porcentaje de captación de ~~SR~~ seSR se mantuvo por debajo de la meta ~~de~~ esperada en el periodo, pero se acerca a su cumplimiento en el último año de estudio (-77%), este resultado puede explicarse por el fortalecimiento de los procesos de asistencia técnica desarrollado por el programa municipal y las EAPB, sin embargo los indicadores de positividad, concentración de Baciloscopias y detección disminuyeron, lo cual puede implicar que las acciones se centraron en alcanzar las metas y no en la sensibilidad y compromiso de los involucrados en la calidad del proceso, es decir, el cumplimiento de metas promueve la derivación de personas que no cumplen los criterios de sospecha de TB y la toma inadecuada de las muestras.

Con formato: Fuente: Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: 11 pto

Con formato: Fuente: 11 pto

El año 2012 presenta el mejor comportamiento de los indicadores, dado que la diferencia entre el porcentaje de captación y detección es la más baja del periodo (1%) y los indicadores de positividad y promedio de Baciloscopias alcanzaron las metas esperadas, en este sentido estos resultados pueden vincularse a la reestructuración funcional del programa municipal que permitió incrementar el recurso humano para el acompañamiento directo de los actores del sector salud, al apoyo recibido por el proyecto de fondo mundial, y la implementación de estrategias comunitarias en el régimen subsidiado y la red pública de atención.

La ausencia de estrategias de Captación extramural y de base comunitaria en el régimen contributivo y su red prestadora de servicios de salud pudo estar relacionado con el aumento del porcentaje de detección de casos TPBK+ en niveles II y III de atención que alcanzo el 51% en el año 2014, también pudo influir en el alcance de las metas del municipio, dado que el Reconocimiento de síntomas y la búsqueda de ayuda está influenciado por condiciones socioeconómicas y representaciones sociales que limitan el acceso a los servicios de salud y desarrollar acciones exclusivamente institucionales no son suficiente para mejorar el proceso, en este sentido también los líderes comunitarios abordado indicaron la necesidad de estrategias de información y educación a nivel municipal que promuevan el autocuidado y la corresponsabilidad del proceso de identificación temprana desde las comunidades .

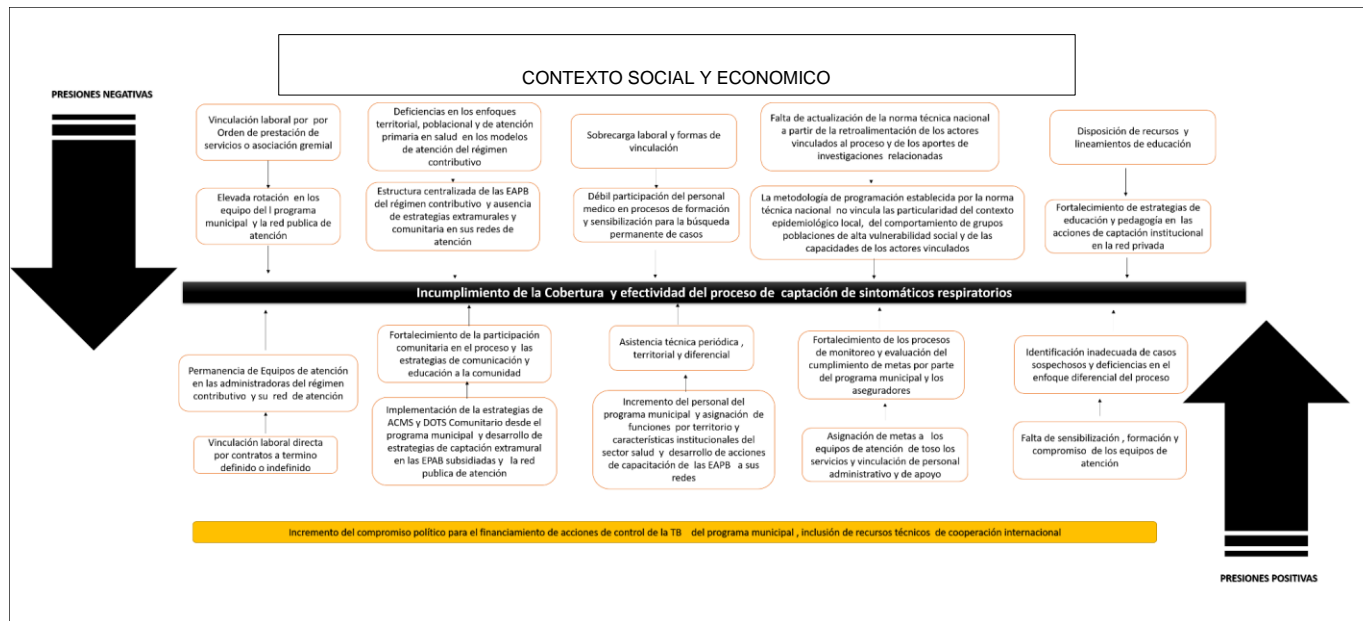
La

La elevada rotación del personal, la baja participación del personal médico en los espacios formativos, la sobrecarga de ocupaciones y las representaciones sociales sobre las personas que están en riesgo de TB, pudieron contribuir al incumplimiento de metas planteadas en los indicadores del proceso, ya que en algunos casos significaron el fracaso de las estrategias planteadas.

Comentado [rpl1]: ¿???

Con formato: Fuente: Times New Roman

Figura No 14. Relación de Tensiones y Facilitadores con los resultados del proceso de captación. Cali 2012-2014



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información de los involucrados.

14. DISCUSION Y CONCLUSIONES

La Estrategia alto a la TB impulsada por la Organización Mundial planteo dentro de sus logros principales alcanzar en el año 2015 la detección del 70 % de los casos de TB bacilíferos y la curación del 85%, siendo la captación de SR la principal herramienta la detección rápida de los casos infecciosos (7). Esta investigación proporciona una descripción retrospectiva de los sucesos, competencias y contextos que estuvieron involucrados en el cumplimiento de sus objetivos durante el periodo 2012 y 2014 en el municipio de Cali, a partir de la indagación de las percepciones de los actores institucionales y comunitarios que participaron en su ejecución y el establecimiento de relaciones con los resultados alcanzados.

La investigación desarrollada integro métodos mixtos de evaluación permitiendo dar sentido a la medición de indicadores operaciones que periódicamente monitorean los PCTB y que no abarcan las condiciones y la manera en que se desarrollan para entender los logros e incumplimientos presentados, siendo una herramienta valiosa para considerar marcos de evaluación integrales para el redireccionamiento de acciones del programa.

De acuerdo a las competencias y líneas estrategias del Plan Estratégico de Control de la Tuberculosis 2012-2015, esta investigación encontró que el programa municipal fortaleció su organización funcional a partir del incremento del recurso humano, su cualificación y desarrollo de herramientas para el acompañamiento técnico a los actores del sistema, este hallazgo coincide con lo planteado por un estudio de evaluación de la búsqueda de casos en los programas de control de TB de algunos municipios de Cuba, que señalo como la aplicación de estrategias educativas a los profesionales de salud incremento los índices de captación y de detección de casos de TB (53), lo cual lleva a considerar la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos

de asistencia técnica desarrollados en cada nivel, generando y evaluando estrategias pedagógicas sistemáticas que incluyan la sensibilización sobre el compromiso del personal de salud.

La elevada rotación de personal se vio vinculado a formas de contratación que favorecen esta situación como las ordenes de prestación de servicios y los contratos por agremiación gremial en la red pública de atención y en el programa municipal, en este sentido los involucrados percibieron esta situación como un retroceso de los logros o alcanzados lo cual coincide con el estudio de evaluación del programa de control de TB en Córdoba- Colombia realizado en el año 2014, el cual encontró que existen factores de gestión del programa que se manifiestan en demoras para identificar los casos probables e iniciar tratamiento oportunamente, como ocurre con las condiciones laborales de los equipos de atención. Lo que implica para esta investigación la necesidad de realizar intervenciones estructurales sobre las condiciones laborales del recurso humano que desarrolla el proceso de captación y diferenciar las estrategias de formación entre los regímenes de afiliación que mostraron condiciones laborales diferentes.

En el caso de la participación del personal médico en los procesos de formación y capacitación se vio limitada por la sobrecarga laboral, este aspecto influyó en su sensibilización y capacidad de identificación de casos, por su parte los profesionales y técnicos de enfermería fueron el recurso humano más activo en estos procesos, coincidiendo con lo planteado por una investigación sobre los conocimientos, percepciones y prácticas sobre detección de sintomáticos respiratorios (SR), en Perú en el año 2016 que encontró que una brecha en el conocimiento de médicos y enfermeras en la detección de sintomáticos respiratorios, siendo mayor brecha fue mayor en el conocimiento sobre los indicadores operacionales de detección (54).

Otro estudio desarrollado en entre septiembre 2012 a enero 2013 en localidades de Bogotá en el que se planteó una intervención educativa para mejorar las acciones de búsqueda y detección de

casos sintomáticos espiratorios de tuberculosis en trabajadores identificó que hay fallas en los conocimientos básicos y en las acciones de búsqueda activa y detección de casos sospechosos de TB, de ahí la relevancia de realizar intervenciones educativas y de sensibilización en los trabajadores de la salud que se encuentran a cargo de la atención de los pacientes, elevar su nivel de conocimientos, mejorar la captación de sintomáticos respiratorios y con ello contribuir al diagnóstico más oportuno de personas afectadas (55).

Respecto a la programación, en Colombia se estima que existe una prevalencia general del 5% de sintomáticos respiratorios y para su identificación el programa de tuberculosis desarrolla una estimación anual de metas en el marco de la circular 0058 de 2009 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social que determina que las entidades territoriales tengan como base poblacional las proyecciones del censo nacional sobre las personas mayores de 15 años que residirán en el municipio, en tanto que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios realizan el cálculo a partir de la población afiliada activa mayor de 15 años y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS públicas y privadas) lo hacen teniendo en cuenta a las personas mayores de 15 años que utilizaron el servicio de consulta médica general por primera vez en el año anterior.(13)

Frente a lo anterior, el estudio mostro el cumplimiento del lineamiento técnico en la programación de cada nivel de observación, sin embargo los involucrados percibieron limitaciones en esta metodología dado que las particularidades del contexto socioeconómico y del comportamiento epidemiológico de ciertos grupos poblaciones no son abordadas y por otra parte la capacidad de respuesta en el marco del sistema general de seguridad social es insuficiente para el despliegue de recursos técnicos, insumos y estrategias que permitan lograr la cobertura esperada.

Los anterior se relaciona con un estudio realizado en la ciudad de Cali en el año 2012, sobre la prevalencia de SR y factores relacionados en dos territorios vulnerables durante el año 2012, que identificó que la prevalencia de sintomáticos respiratorios ajustada por el factor de expansión en la población a estudio fue de 2,8% , a partir del cual los investigadores plantean la generación de indicadores programáticos que reconozcan de forma diferencial la prevalencia de SR acorde al contexto socioeconómico y las características demográficas de la población (52).

Esta orientación se refuerza en la revisión sistemática de literatura sobre el enfoque poblacional de la captación de SR, publicada en el 2018 que indica que la prevalencia de SR Se identificó que la prevalencia en países con condiciones similares a las de Colombia oscila entre el 2 % y el 10 %. Sin embargo, la frecuencia reportada en la mayoría de los artículos no puede ser inferida poblacionalmente, dado que los diseños realizados no lo permiten, adicionalmente no son realizados en población general, sino en población en condición de vulnerabilidad, con riesgo diferencial de padecer TB (20).

En esta investigación la aplicación diferencial del proceso de captación se dio principalmente en la red pública de atención y desde el programa municipal con abordaje de comunidades indígenas, población habitante de calle y personas con comorbilidades de riesgo para la transmisión como VIH, diabetes e hipertensión Arterial, en tanto que el régimen contributivo y las IPS privadas este enfoque fue incipiente , lo cual puede ayudar a comprender el incremento en el porcentaje de casos de TBPBK+ que se diagnosticaron en el nivel de atención II y III del régimen contributivo y que exponen las fallas en la detección temprana en los servicios de salud del Nivel I.

Al respecto en un reporte de la Revista Cubana de higiene y Epidemiología (2010) del Programa Nacional de Control de la TB cubano (PNCT), se encontró que la pesquisa activa en forma de exámenes masivos periódicos a la población general no se aconseja por ser muy costosa e ineficiente, se recomienda su desarrollo atendiendo a los principales factores de riesgo para la

ocurrencia de la TB, como son el contacto de enfermos de TB, personas encarceladas o ex reclusos, personas que viven con (VIH/SIDA), personas con mala conducta social, alcohólicos, drogadictos, personas reclusas en instituciones de salud con internamiento prolongado, hospitales psiquiátricos, hogares de impedidos físicos y/o mentales, hogares de ancianos, trabajadores de la salud en contacto con enfermos con riesgo de enfermedades infecciosas, personas con enfermedades crónicas que reciben tratamiento prolongado con esteroides y personas con lesiones pulmonares fibrocalcificadas residuales conocidas (23).

Las estrategias de educación mostraron puntos comunes entre los actores participantes consistentes en el desarrollo de actividades informativas en salas de espera o en jornadas de salud y el uso de material educativo impreso, sin embargo, tanto actores institucionales como comunitarios que participaron en este estudio refirieron la necesidad de desarrollar acciones en medios masivos de comunicación masivos que permita la divulgación a toda la población de las formas de prevención y de identificación temprana de los casos este aspecto también fue resaltado por una investigación publicada en Perú en el año 2016, en que se concluyen que las acciones enmarcadas en la estrategia de Información, Educación y Comunicación han logrado generar modificaciones positivas en la percepción del estado de salud de las comunidades, además de contribuir de modo significativo a la identificación temprana de la enfermedad, lo cual se relaciona con el valor que tiene la explicación eficiente para que sea efectiva la realización de examen en la captación de sintomáticos respiratorios (56)

La implementación de la estrategia de ACMS y de DOTS comunitario fue percibida por los actores institucionales y comunitarios como uno de los principales avances del proceso en el periodo de estudio, siendo clave el apoyo recibido por las acciones de cooperación internacional que lidera el Fondo mundial. También la indagación con líderes comunitarios reveló el fortalecimiento de los procesos de participación y organización de las comunidades en las acciones del programa, siendo la captación de SR una de sus principales contribuciones, dado que

el conocimiento de sus propias comunidades y el empleo de estrategias de educación basadas en el dialogo de saberes y desde los intereses de las personas permitió superar las representaciones sociales de temor acerca de la posibilidad de diagnóstico de TB .

Frente a lo anterior, varios estudios han recomendado involucrar proveedores de salud no profesionales en las estrategias para el control de la enfermedad, para que hagan un asesoramiento adecuado a los pacientes SR que constantemente los visitan. De igual forma el Banco Mundial ha informado que éstos podrían ser importantes proveedores de servicios de salud pública si los gobiernos les dieran formación adecuada e incentivos. (57) (58) (59), sin embargo, en el Plan estratégico Departamental implementado en el periodo de estudio no fueron incluidos dentro de los actores participantes del proceso, pero en el actual plan estratégico nacional Fin a la TB, se incluyeron metas relacionadas con la conformación de redes comunitarias (60).

En este sentido, de acuerdo a la revisión de literatura del enfoque poblacional de la búsqueda de SR (20), se encontró que una recomendación importante en el proceso de control de la TB es que los profesionales de la salud movilicen la comunidad para identificar a los “tosedores crónicos”, en las familias, clubes, iglesias y comunidades cerradas (presidios, manicomios, abrigos y asilos) y encaminarlos para realizar el examen de esputo.

El bajo compromiso sobre el control de la TB y la falta de sensibilización del personal de salud para reconocer a las personas en riesgo, fue un aspecto que generó tensión en el proceso de captación y pudo influir en el incumplimiento de indicadores de positividad y detección de casos TBPBK + en el nivel I de atención, siendo de especial relevancia la situación del régimen contributivo, sobre este aspecto un estudio que exploró las representaciones de estigma sobre la TB en el personal de salud encontraron que los profesionales de la salud de municipios de la costa pacífica del programa de control de TB tenían adecuados conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, pero sus creencias sobre las causas de la enfermedad y algunas

actitudes frente a las personas con TB reflejan estigma, lo cual advierte que no son suficientes las acciones de educación si no se acompañan de intervenciones que aborden estas situaciones de estigma tanto en el personal de salud como en las mismas comunidades.

El monitoreo y evaluación del programa se desarrolló a partir de la asignación y seguimiento de metas de captación en las redes de servicios de atención y en el personal asistencial una fortaleza de este aspecto fue la socialización de criterios de identificación al personal administrativo y de apoyo de los prestadores de servicios de salud, así mismo se identificó el establecimientos de planes de mejora, sin embargo los mecanismos de monitoreo se centraron en el cumplimiento del indicador y no en la evaluación de factores críticos del proceso como lo son el compromiso de los involucrados, el nivel de conocimiento de y las habilidades de comunicación del personal de salud para las exploración de síntomas presuntivos y la toma de muestra.

La situación anterior es consistente con lo encontrado por el estudio del programa nacional de Cuba en el año 2012, en el cual se identificó, una limitación sobre el proceso de evaluación de los sintomáticos respiratorios, consistentes en la recolección de muestras a personas que no cumplen el criterio de sintomático respiratorio, debido a las presiones que refieren los trabajadores de la salud para el cumplimiento de las metas exigidas por el programa (61).

Es importante resaltar la dificultad de acceso a los registros de información del nivel de aseguradores y prestadores de servicios de salud, que pese a las múltiples estrategias de búsqueda impidió establecer cuáles fueron los resultados presentados en las entidades participantes y establecer escenarios estratificados de resultados favorables o de incumplimiento que permitieran establecer relaciones más cercanas con la forma en que se desarrolló el proceso.

En una investigación desarrollado en 2013 sobre la estrategia de control de la TB según actores, funciones y procesos usando como base el “Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015”, se identificó que dada la excesiva complejidad del sistema actual se presentan

limitaciones persistentes de coordinación y capacidad institucional, sugiriendo la necesidad de cambiar la estrategia actual para acercarla más las necesidades de los pacientes (28).

Sobre este aspecto actualmente el modelo de atención integral en salud MIAS (61), ofrece un escenario de articulación de intervenciones poblacionales realizadas por el programa municipal , la gestión del riesgo colectivo, individual y clínico de las EAPS y su redes , así como la participación activa de las comunidades desde el cuidado de su propia salud, lo cual podría subsanar las dificultades identificadas en este estudio en torno a la relación de los actores y el ejercicio de sus competencias .

Así mismo, si bien el actual Plan Estratégico Nacional Fin a la TB no contempla los indicadores operacionales del proceso de SR en su plan de monitoreo, esta constituye un hito de la Ruta de atención integral en salud que está en proceso de implementación en el país, por lo que se requiere priorizar el desarrollo de intervenciones e investigaciones operativas que permitan fundamentar las prácticas basadas en la evidencia que favorecen el alcance de resultados y el abordaje de aspectos críticos que generan tensión en el trabajo en red de todos los involucrados.

De manera general se concluye que:

- La continuidad de los procesos de asistencia técnica y la participación de todo el recurso humano son fundamentales para lograr el desarrollo adecuado del proceso de captación, en este estudio fue posible identificar que los actores percibieron que fallas en este aspecto afectaron la identificación adecuada de verdaderos SR
- La programación de SR bajo las directrices nacionales generó limitaciones en el abordaje de condiciones diferenciales que presentan las personas en riesgo de TB en el municipio de Cali, en este sentido el estudio plantea la necesidad de actualización del marco normativo de indicadores y metas planteadas.

- La formación de agentes comunitarios que participaron en el proceso de captación desde el programa municipal y la red pública de atención represento una fortaleza para el proceso de captación, dada la influencia que estos líderes tuvieron tener en el resto de su comunidad teniendo un papel fundamental en la participación, de una manera más activa, para promover la corresponsabilidad de las comunidades en el control de la TB.
- El desarrollo de estrategias de búsqueda activa en las comunidades frente a la búsqueda pasiva de casos en las instituciones influyó en los resultados obtenidos entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado y sus redes de atención, por lo cual se considera necesario trabajar en estrategias que articulen la acción comunitaria como un eje central en todos los involucrados y permitan fortalecer la intervención de los niveles primarios de atención.
- Los procesos de monitoreo y evaluación del proceso impulsaron la participación activa de todos los actores en el alcance de metas propuestas, sin embargo deben abordar el diseño de estrategias que permitan fortalecer el compromiso la calidad de la detección temprana de casos por parte de los involucrados, así mismo requieren generar acciones de retroalimentación y análisis de fuentes de información que permitan reconocer otros aspectos del contexto y las prácticas de los actores involucrados en el proceso.
- La programación de SR fue ajustada en el año 2016 con la circular 055 de 2016 la cual cambio la población objeto de las IPS pasando a realizarse el cálculo sobre la cantidad de afiliados de las EAPB contratantes, sin embargo este cambio no influye de forma estructural sobre los hallazgos identificados en esta investigación, dado que el país continua realizando una programación homogénea en todas las regiones desconociendo las diferencias epidemiológicas, sociales y económicas que influyen en la transmisión de la enfermedad y en la prevalencia de SR, por otra parte no se aborda la tensión existente entre las acciones que se desarrollan en la régimen contributivo y subsidiado, siendo fundamental garantizar que se equiparen las acciones en ambos regímenes y en especial

que se definan estrategias para localizar a las personas que no demandan de forma espontánea a los servicios de salud

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones del estudio, se ubicó el carácter retrospectivo de la investigación, ya que se presentaron dificultades para identificar y contactar a las personas vinculadas al desarrollo del proceso, así como sesgos de memoria entre los participantes y dificultades en el acceso a los documentos claves para la documentación del proceso.

Respecto a las fuentes de información para evaluar los resultados se identificó la ausencia de registros unificados para los reportes de libros de sintomáticos respiratorios y del libro de Baciloscopias y cultivos, limitando el análisis comparativo de resultados en los niveles de observación. Por su parte en el nivel de autoridad sanitaria se logró disponibilidad de información de los informes de casos y actividades y el libro de Baciloscopias y cultivos reportado por el Nivel Departamental sin información específica por prestador o Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

Este estudio no abordó a entidades administradoras de planes de beneficios del régimen especial, lo cual limita la comprensión sobre las acciones que se desarrollan desde este sector y sus contribuciones al proceso global.

El estudio no abordó la percepción de los beneficiarios del proceso de captación de Sr, Seri importante adelantar investigaciones evaluativas que integren la participación de la población objeto de intervención para identificar su experiencia en el proceso.

16. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, las recomendaciones con implicaciones para los programas de control de Tuberculosis son:

- Se requiere adecuar la metodología de cálculo de metas de captación de SR desde un enfoque territorial y poblaciones y atendiendo a las dinámicas sociales del contexto del municipio de Cali y de las capacidades institucionales de los diferentes actores involucrados.
- Se debe continuar promoviendo el desarrollo de investigaciones evaluativas que interroguen las dimensiones del proceso y de los resultados para direccionar acciones adecuadas, se recomienda integrar información sobre las condiciones relacionadas a las prácticas de salud de las personas y su búsqueda de ayuda.
- Se deben generar mecanismos de incentivo del cumplimiento de las metas de captación que involucren estímulos económicos concertados dentro de las formas de contratación, el reconocimiento institucional hacia el compromiso en el programa de control de TB y la formación continua del recurso humano.
- Esta investigación no incluyó dentro de los actores a los programas de los regímenes excepcionales y especiales, por lo cual se recomienda en futuro estudios explorar su participación en el proceso y los resultados alcanzado dado que en algunos de ellos se concentra población con riesgo elevado para la transmisión de la enfermedad
- Se recomienda fortalecer la disponibilidad y consolidación de bases de datos sobre el proceso de captación que permita el desarrollo de investigaciones que aborden otros aspectos relevantes para el programa como la relación de condiciones de riesgo en la población de SR identificada y evaluada en el programa

- Se sugiere indagar en futuras investigaciones la contribución de la comunidad al proceso de captación de sintomáticos respiratorios, así como establecer mecanismos formales para su inclusión en el marco estratégico de los planes de control de la TB
- El proceso de monitoreo y evaluación de la Captación de SR puede partir del establecimiento de un índice de captación que integre información de los indicadores que venían siendo vigilados hasta la vigencia 2015 con enfoque territorial.
- El programa de control de TB requiere establecer estrategias pedagógicas y de formación integral sistemáticas para abordar y facilitar el cambio de representaciones sociales que en el personal de salud limitan la identificación de SR de forma adecuada.

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre la tuberculosis 2013- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO_HTM_TB_2013.15_spa.pdf?ua=1.
2. WHO? Tuberculosis in the Americas: Regional Report 2012. Epidemiology, Control and Financing. ISBN 978-92-75-11775-0
3. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe Situación de Tuberculosis en Colombia 2010. Bogotá DC, 2010.
4. Secretaría de Salud Departamental. Plan estratégico “Valle Libre de tuberculosis 2006-2015 Para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Alto a la Tuberculosis”. Gobernación del Valle del Cauca
5. Informe Programa Control de Tuberculosis. Secretaria de Salud Pública Municipal. Cali 2013.
6. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Knut Lönnroth, Ernesto Jaramillo, Brian Williams, Chris Dye and Mario Raviglione. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. Geneva 2010.
7. World Health Organization. Toman’s Tuberculosis. Case Detection, Treatment and Monitoring. Questions and Answer. Geneva 2004.
8. Secretaria de Salud Departamental. Plan estratégico “Valle Libre de tuberculosis 2006-2015 Para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Alto a la Tuberculosis”. Gobernación del Valle del Cauca
9. Carvajal R. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la Tuberculosis en Profesionales de la Salud del Valle del Cauca, Colombia 2010. Informe Final de Investigación. Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca. Cali, Diciembre de 2011.
10. Angulo ES, Murrain B. Evaluación del Programa de Control de Tuberculosis de Buenaventura año 2010. Tesis de Maestría de Salud Pública Universidad del Valle. Cali, 2011.
11. Carvajal, R., Cabrera, G., Mateus, JC. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de la tuberculosis en el Valle del Cauca, 2004. Biomédica, 24 (Suplemento): 138-148.
12. Carvajal R, Cabrera G, Mosquera J. Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Colombia Médica. 2004; 35: 179-184
13. Ministerio de Salud. Guía integral de tuberculosis. Resolución 412, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, Colombia: Minsalud, 2000.
14. World Health Organization. Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 1999. Geneva: World Health Organization; 1999
15. Informe mundial sobre la tuberculosis 2013- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO_HTM_TB_2013.15_spa.pdf?ua=1 .
16. WHO. Tuberculosis in the Americas: Regional Report 2012. Epidemiology, Control and Financing. ISBN 978-92-75-11775-0

17. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe Situación de Tuberculosis en Colombia 2010. Bogotá DC, 2010.
18. Organización Mundial de la Salud. Programa contra la tuberculosis. Informe del director General sobre los procesos realizados. Ginebra, 1994(document A 47/12).
19. López De Fede A. Stewart JE. Harris MJ. Mayfield-Smith K. Tuberculosis in socio-economically deprived neighborhoods: missed opportunities for prevention. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*.2008.12:1425–1430
20. CUBIDES MUNEVAR, Ángela et al. Sintomáticos respiratorios desde un enfoque poblacional⁸. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2018, vol.44, n.4 [citado 2019-01-28], pp.153-168. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400153&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
21. WHO. Tuberculosis in the Americas: Regional Report 2003. Epidemiology, Control and Financing. ISBN 978-92-75-11775-0
22. Alianza Alto a la Tuberculosis. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,35).
23. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,37).
24. Arnold Domínguez, Yuri, Calidad de la selección de pacientes con síntomas respiratorios según riesgo de padecer tuberculosis pulmonar. *MediSur* [en línea] 2013, 11 (Abril-Sin mes) : [Fecha de consulta: 7 de diciembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180027500006>> ISSN.
25. Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación de la tuberculosis en Colombia. Noviembre de 2006, Bogotá DC.
26. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB, 3ed. 2009
27. Zuluaga, Luz; Betancur T. Prevalencia de tuberculosis y enfermedad respiratoria en personas mayores de 15 años de la comuna nororiental de Medellín, Colombia
28. GARCIA, Ingrid et al . Prevalencia de sintomáticos respiratorios, de infección y enfermedad tuberculosa y factores asociados: estudio basado en población, Mitú, Vaupés, 2001. *Biomédica*, Bogotá, v. 24, supl. 1, June 2004. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572004000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2014.
29. Constanza Collazos Prevalencia de sintomáticos respiratorios en instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá, D.C., junio de 2005 a marzo de 2006
30. Henao G, De la Hoz F, León CI, Ribón W, Guerrero MI. Epidemiología clásica y molecular de la tuberculosis en el Guaviare 1997-1998. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional
31. Carvajal R. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la Tuberculosis en Profesionales de la Salud del Valle del Cauca, Colombia 2010. Informe Final de Investigación. Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca. Cali, Diciembre de 2011.
32. Elvira SL, Quiñones FI. Comportamientos de Búsqueda de atención en Salud en la Población Mayor de 15 años con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en 5 instituciones Prestadoras de Salud de la ESE Ladera Cali, Colombia 2008-2009. Tesis de Maestría en salud Pública Universidad del Valle. Cali, 2010
33. Carrillo S. Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados con la búsqueda de atención por tos de más de 15 días en el Valle del Cauca. Tesis de Maestría de Epidemiología Universidad del Valle. Cali,2010.
34. Mateus J, Carvajal R. Prevalencia de sintomáticos respiratorios y de Tuberculosis en el Valle del Cauca. Informe Técnico Final COLCIENCIAS. Cali. 2010

35. Cubides A et al. Evaluación de la estrategia DOTS en Santiago de Cali. *Revista Medicina y Salud FUSM*, [S.l.], v. 1, n. 1, oct. 2013.)
36. Manel Nebot, M^a José López, Carles Ariza, Joan R. Villalbí, Anna García-Altés, Evaluación de la efectividad en salud pública: Fundamentos conceptuales y metodológicos, *Gaceta Sanitaria*, Volumen 25, Supplement 1, June 2011, Pages 3-
37. Steckler, Allan B., Laura Linnan, and B. A. Israel. *PROCESS EVALUATION FOR PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS AND RESEARCH*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002
38. OECD. Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados [Internet]. OECD PUBLICATIONS. FRANCE; 2002. Available from: www.oecd.org/dac/evaluationnetwork
39. *Diccionario de Salud Pública* 2007.
40. De Salazar, Ligia. Efectividad en promoción de la salud y salud pública: reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Programa Editorial Universidad del Valle, 2009.
41. Correa-Uribe S, Puerta-Zapata A, Restrepo-Gómez B. Investigación evaluativa. *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Bogotá, Colombia: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES; 2002.
42. Correa-Uribe S, Puerta-Zapata A, Restrepo-Gómez B. Investigación evaluativa. *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Bogotá, Colombia: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES; 2002.
43. Correa-Uribe S, Puerta-Zapata A, Restrepo-Gómez B. Investigación evaluativa. *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Bogotá, Colombia: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES; 2002.
44. De Salazar L. REFLEXIONES Y POSICIONES ALREDEDOR DE LA EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES COMPLEJAS. *SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD* [Internet]. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011. Available from: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/reflexiones-y-posiciones-alrededor.pdf>
45. Correa-Uribe S, Puerta-Zapata A, Restrepo-Gómez B. Investigación evaluativa. *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Bogotá, Colombia: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES; 2002.
46. López De Fede A, Stewart JE, Harris MJ, Mayfield-Smith K. Tuberculosis in socio-economically deprived neighborhoods: missed opportunities for prevention. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*. 2008;12:1425–1430
47. WHO. Tuberculosis in the Americas: Regional Report 2003. Epidemiology, Control and Financing. ISBN 978-92-75-11775-0
48. Alianza Alto a la Tuberculosis. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
49. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.37).
50. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, 2006. ISBN 92 75 32673

51. Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación
52. Correa-Urbe S, Puerta-Zapata A, Restrepo-Gómez B. Investigación evaluativa. ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. Bogotá, Colombia: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES; 2002
53. Daza Arana JE, Cubides Munevar AM, Lozada Ramos H. Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 63-76. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.5
54. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015;41 (1): 46-56, <http://scielo.sld.cu>, 46, INVESTIGACIÓN, Intervención educativa en trabajadores de la salud sobre, la captación de sintomáticos, et al. Intervención educativa en trabajadores de la salud sobre la captación de sintomáticos respiratorios de tuberculosis. ; Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v41n1/spu05115.pdf>
55. Romani R, Ronald F, Roque Henríquez J, Catacora López F, Hilasaca Yngas G. Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis en el Perú. *An Fac Med.* abril de 2016;77(2):123-7.
56. Henao Riveros, Sandra C. (Autor) Sierra, Claudia Rocío (Autor) Sanchez Morales, Edgar A. (Autor) Rodríguez, Alfredo S. (Autor). Búsqueda de tuberculosis en pacientes sintomáticos respiratorios en cuatro hospitales de Bogotá D.C. *Rev Salud Pública Bogotá.* septiembre de 2007;Vol. 09, No.03,:PÁgina(s) 408-419.
57. Romani R, Ronald F, Roque Henríquez J, Catacora López F, Hilasaca Yngas G. Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis en el Perú. *An Fac Med.* abril de 2016;77(2):123-7.
58. Banerjee A, Sharma B. V. Acceptability of traditional healers as directly observed treatment providers in tuberculosis control in tribal area of Andhra Pradesh, India. *INT J TUBERC LUNG DIS* 8(10):1260–1265 © 2004
59. Lönnroth L, Thuong, Linh D. Delay and discontinuity—a survey of TB patients’ search of diagnosis in a diversified health care system. *INT J TUBERC LUNG DIS* 3(11):992–1000. 1999
60. The World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. Washington DC: Oxford University Press, 1993.
61. Alba Idaly Muñoz Sanchez, Carlos Andrés García Alvarado. Programa de control de la tuberculosis: una mirada desde los trabajadores de la salud. [citado 11 de noviembre de 2018]; Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12183>
62. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, febrero 17, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá DC: El Ministerio; 2016-

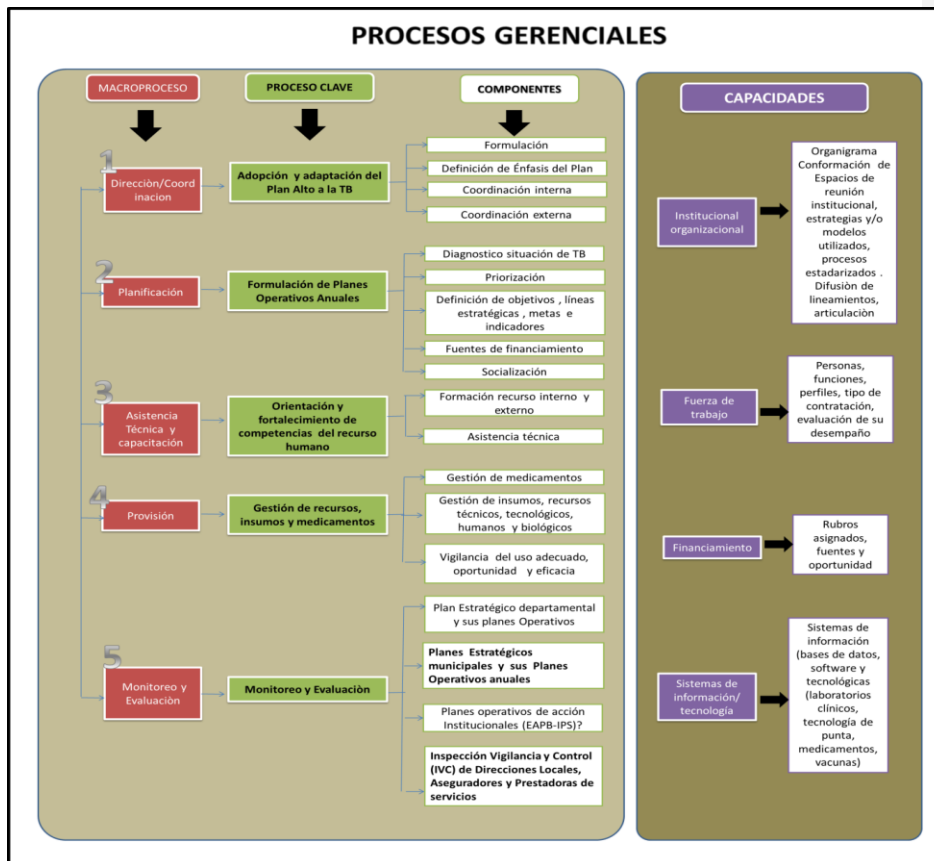
18. ANEXOS

1. INSTRUMENTOS

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS (TB) EN EL PERIODO 2008-2014.

1. INDAGACIÓN DE PROCESOS Y CAPACIDADES-

COMPONENTE 001. ENTREVISTA GENERAL



I. Procesos Gerenciales

Dentro de los Procesos Gerenciales indague de acuerdo con las competencias de los actores:

Secretarías Departamental y municipales; acciones vinculadas a planificación, rectoría, gestión estratégica, provisión de recursos, monitoreo y evaluación de las acciones en el marco del Plan Estratégico de la EATB Valle del Cauca o la propia si la construyó.

EAPB: acciones de planificación, gestión estratégica, provisión y mantenimiento de recursos, monitoreo y seguimiento de las acciones de prevención, control y vigilancia.

IPS: acciones vinculadas con lineamientos, protocolos guías o manuales para la operación del programa de TB.

¡¡Recuerde!! Debe indagar los periodos administrativos 2008-2011 y 2012-2014, pregunte por ellos de manera separada para discriminar los cambios ocurridos.

Se recomienda que indague cada proceso seguido por las capacidades que garantizaron su desarrollo, todo proceso debe ir con las capacidades que lo hicieron posible.

Sobre la dirección y coordinación

Conjunto de actividades que se realizan para proporcionar lineamientos de operación de la EATB y del programa de TB en cada nivel del sistema de salud alineado al Plan Estratégico Nacional.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo se realizó la formulación del Plan Alto a la TB?** lineamientos de desarrollo, participación de actores institucionales y/o comunitarios (indagar nombres de instituciones) y avance.
2. **¿Cómo se realizó la coordinación interprogramática al interior de la institución?** articulación con otros programas y/o dependencias; Programas de salud Infantil (PAI-AIEPI), salud sexual y reproductiva (VIH/SIDA), Promoción Social (Población Vulnerable), Inspección, Vigilancia y control (IVC), . Desarrollo de dichas articulaciones; uso de modelos y/o estrategias.
3. **¿Cómo se realizó la Coordinación con actores externos (¿empresa privada, pública, ONGs y comunitarias)?** articulación con cuáles actores externos a la institución, qué se hizo y resultados de la articulación.
4. **¿Cómo definió los Énfasis o ejes estratégicos del Plan en TB?** Enunciar los ejes estratégicos, a qué se le apuntó como directriz principal.
5. **¿Cómo se realizó la adopción y/o adaptación de lineamientos, protocolos y guías para la operación del programa de TB?** Recuerde que existe un lineamiento internacional y nacional, indague qué ajustes se realizaron para que este plan se ajustara a las necesidades institucionales y de territorio.

¿Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la Planeación de los procesos

Conjunto de actividades que garantizan el diseño de acciones para prevenir, controlar y vigilar la TB. Incluye su inclusión dentro de Plan de Desarrollo, Plan territorial de Salud y Plan de intervenciones Colectivas departamentales, municipales y de las EAPB que operan en el territorio.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo hizo el Diagnóstico /Análisis de situación de TB?** Indague sobre la participación de actores institucionales y comunitarios en el diagnóstico (especifique su identidad), perspectiva (salud-enfermedad, determinantes sociales, clínico) que se usó para realizarlo y si se tuvo en cuenta otros sistemas de información o bases de datos.
2. **¿Cómo realizó la priorización para orientar las intervenciones?** Identificación de problemas, necesidades, territorios de abordaje y grupos vulnerables entre otros), método utilizado.
3. **¿Cómo definió los Objetivos y metas de los planes?** Participación de actores institucionales y comunitarios, identificación del método o metodología para definirlos.

4. **¿Cómo definió Líneas estratégicas de los planes?** Participación de actores institucionales y comunitarios, identificación del método o metodología para definirlos.
5. **¿Cómo desarrolló la Socialización de los planes?** Participación de actores institucionales y comunitarios, medios masivos escogidos para la comunicación del plan.
6. **¿Cómo definió los recursos para la implementación de los planes?** Participación de actores institucionales, uso de método o metodología para establecer la asignación de recursos, etapas definidas para la implementación,

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la asistencia técnica y capacitación

Corresponde al conjunto de actividades que se realizan para mejorar la calidad, las competencias técnicas, de gestión, humanización en asistencia técnica y capacitación del personal que se encuentra trabajando en los programas de TB en el territorio.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo llevó a cabo las acciones de formación de recurso humano interno (el personal de su institución) y externo (¿las personas que se encuentran en otras instituciones?** Indague sobre el plan de capacitación y/o formación del personal y cómo se ejecutó, si tuvieron alianzas con nivel nacional, otras autoridades sanitarias, ONG u otras. Identifique si existió plan de formación a comunidades.
2. **¿Cómo se llevó a cabo las acciones de asistencia técnica a autoridades sanitarias (SSD) y a la red prestadora de servicios de salud local (SSM)?** Identifique la existencia de un plan de asistencia técnica (SSD y SSM) y si en esta se incluye un plan de formación del RH. Métodos de abordaje.
3. **¿Cómo realizaron e implementaron los planes de mejoramiento producto de la asistencia técnica de la autoridad sanitaria (EAPB e IPS)?** Participación de actores institucionales, uso de métodos o metodología para establecer la asignación de recursos, etapas definidas para la implementación,

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y me dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la provisión de recursos, insumos y medicamentos

Acciones que se realizan para programar y gestionar que las direcciones locales de salud e instituciones provean la atención a los pacientes afectados; dispongan de insumos, recursos técnicos, tecnológicos y humanos, así como la medicación gratuita y adecuada a las necesidades del tratamiento de cada persona diagnosticada.

Preguntas clave del proceso:

1. ¿Cómo **realizó la gestión de medicamentos**? Obtenga información si contaban con procesos estandarizados para medicamentos.
2. ¿Cómo realizó la **vigilancia de SSM, EAPB e IPS frente al uso adecuado, oportunidad y eficaz de insumos, recursos técnicos, tecnológicos, humanos, de biológicos y de medicamentos**? Identifique si existió un plan de vigilancia, donde identificaran los problemas y necesidades, qué método utilizaron.
3. ¿Cómo realizó la **gestión de insumos, recursos técnicos, tecnológicos, humanos y/o biológicos**? Obtenga información si contaban con procesos estandarizados para la gestión de insumos, recursos técnicos y biológicos. Especifique cada uno de ellos.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre el monitoreo y evaluación

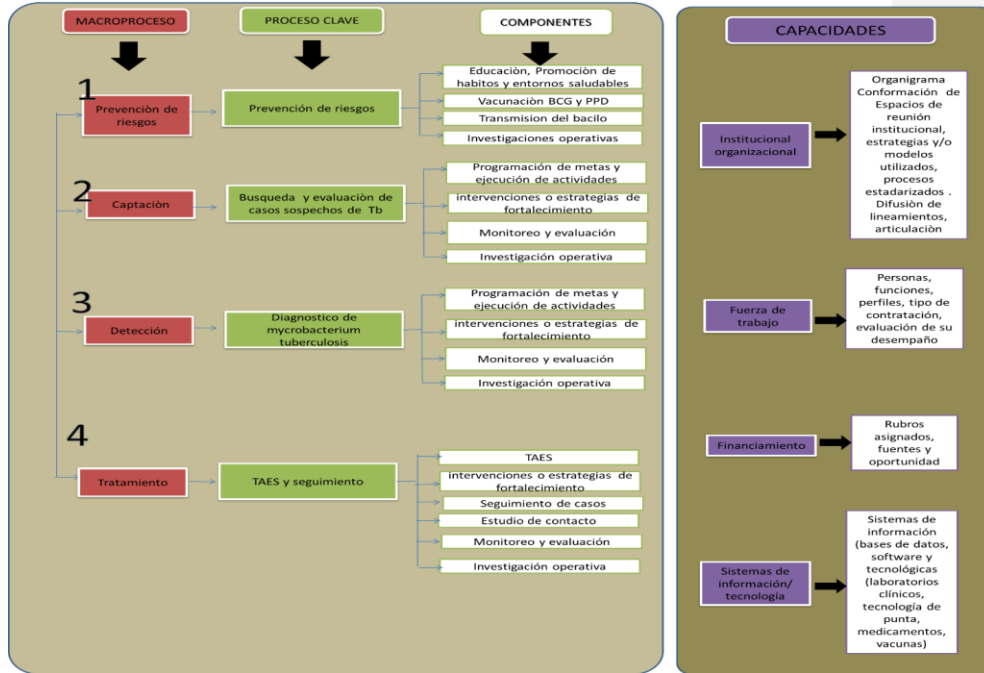
Acciones que se realizan para adelantar seguimiento, monitorear y evaluar el grado de cumplimiento en las metas en TB y la implementación de la EATB en SSM, EAPB e IPS (públicas y privadas) del territorio.

Preguntas clave del proceso:

1. ¿Cómo realizó el **Seguimiento y evaluación de los planes estratégicos municipales**? Indague la existencia de un modelo y/o estandarización del monitoreo y evaluación del Plan Estratégico municipal que incluyera indicadores de Proceso y resultados, cuáles fueron éstos.
2. ¿Cómo se llevó a cabo el **seguimiento y la evaluación de Planes Operativos anuales municipales**? Identifique cuáles fueron los pasos del seguimiento, modelo de seguimiento y evaluación con indicadores de proceso y resultado.
3. ¿Cómo desarrolló la **Inspección, Vigilancia y Control (IVC) en el territorio frente a acciones de control y atención en TB**? Indagar sobre la existencia de procesos estandarizados de IVC y si hubo articulación entre los procesos de Inspección, Vigilancia y Control al proceso de monitoreo y evaluación de los planes.
¿Cómo realizó el **seguimiento y evaluación de su Plan Operativo Anual de Instituciones de la red de prestadores**? Indagar sobre la existencia de procesos estandarizados y la articulación con los indicadores de proceso y resultado.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

PROCESOS MISIONALES



Procesos Misionales

Estos son los procesos vinculados a acciones e intervenciones dirigidas a alcanzar la disminución progresiva del riesgo de infectarse, enfermar o morir por TB. Aquí se identifican las acciones que describen el acceso a los servicios, la calidad de la atención y el diagnóstico con oportunidad.

¡¡Recuerde!! Debe indagar los periodos administrativos 2008-2011 y 2012-2014, pregunte por ellos de manera separada para discriminar los cambios ocurridos.

Se recomienda que indague cada proceso seguido por las capacidades que garantizaron su desarrollo, todo proceso debe ir con las capacidades que lo hicieron posible.

Sobre la prevención de riesgos

Conjunto de actividades de implementación de estrategias de prevención de riesgos en TB en la comunidad y en poblaciones vulnerables, con el fin de limitar su exposición a la cadena de transmisión.

Preguntas clave del proceso:

¿Cómo definió, ejecuto y promovió acciones de Educación para la prevención de riesgos en TB en instituciones prestadoras de servicios y en la comunidad, promocionando hábitos y entornos saludables? Identifique la difusión de lineamientos técnicos, identificación de acciones intersectoriales públicos y privados, actores que participaron en sus ejecuciones, identifique si contaron con alianzas público-privadas para estos abordajes, identifique estos actores.

¿Cómo Definió, ejecuto y promovió acciones de protección específica (Vacunación con BCG en menores de 5 años)? Indague sobre la difusión de lineamientos técnicos, cómo garantizo coberturas útiles de vacunación (BCG), la participación de actores (identifíquelos), método utilizado para definir direccionamiento principal de acciones de protección específica.

¿Cómo Definió, ejecuto y promovió medidas administrativas, ambientales y de protección personal para la prevención de la transmisión de la infección por TB en escenarios de riesgo (¿hospitales, resguardos indígenas, centros penitenciarios, etc.?) Identifique si existió protocolos o guías que permitieron promover dichas medidas y acciones, indague sobre la difusión de lineamientos técnicos sobre el tema, cuáles espacios fueron definidos como escenarios de riesgo, método de selección escenarios.

¿Cómo realizó y promovido el desarrollo de Investigaciones operativas para la prevención de riesgos en TB? Indague sobre la existencia de lineamientos técnicos, el uso de resultados del monitoreo, evaluación para orientar las investigaciones operativas, uso de los resultados de la investigación operativa para fortalecer los procesos de la EATB o del programa, participación de actores (identifíquelos).

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software

utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la Captación

Conjunto de actividades que se llevan a cabo para programar, ejecutar y monitorear la identificación, canalización y evaluación de casos sospechosos de TB.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo realizó la programación de metas y ejecución de actividades para identificación de casos sospechosos** (TB Pulmonar, TB/VIH, TBFR, TB infantil. Indague el uso de protocolos, guías, manuales, procedimientos, los métodos utilizados para establecer metas, la existencia o divulgación de lineamientos técnicos.
2. **¿Cómo diseño, ejecuto y evalué intervenciones o estrategias para fortalecer la captación de casos sospechosos?** Identifique estrategias utilizadas como bases teóricas y evidencias, actores aliados (institucionales o comunitarios), identifique estos actores.
3. **¿Cómo realizó el monitoreo y evaluación de las acciones realizadas?** Indague los métodos utilizados para establecer metas, la existencia o divulgación de lineamientos técnicos.
4. **¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de Investigaciones operativas para la Captación de casos sospechosos de TB?** Indague sobre la existencia de lineamientos técnicos, el uso de resultados del monitoreo, evaluación para orientar las investigaciones operativas, uso de los resultados de la investigación operativa para fortalecer los procesos de la EATB o del programa, participación de actores (identifíquelos).

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la detección

Conjunto de actividades que se llevan a cabo para la organización, vigilancia y garantía en la identificación de Mycobacterium tuberculosis en la red de laboratorios del territorio.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Programación de actividades, insumos y metas para el diagnóstico?** Indague sobre la inclusión de metas de diagnóstico en los planes operativos, la existencia de difusión de lineamientos técnicos, definición de guías y protocolos y la participación de actores institucionales y comunitarios para esta programación (identifíquelos).
2. **¿Cómo coordinó la red de laboratorios para el diagnóstico de TB?** Difusión de lineamientos técnicos, definición de rutas, modelo de red de laboratorios, actores que participaron en su construcción y coordinación.

3. **¿Cómo fue la capacitación, asesoría y asistencia técnica de la red de laboratorios?** Difusión de lineamientos técnicos, modelo y plan de capacitación, actores que participaron en su construcción.
4. **¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de Investigaciones operativas para la detección de casos sospechosos de TB?** Indague sobre la existencia de lineamientos técnicos, el uso de resultados del monitoreo, evaluación para orientar las investigaciones operativas, uso de los resultados de la investigación operativa para fortalecer los procesos de la EATB o del programa, participación de actores (identifíquelos).
5. **¿Cómo realizó el monitoreo y evaluación de la oportunidad y cumplimiento de lineamientos y metas de diagnóstico?** Identifique las estrategias de monitoreo y evaluación utilizadas, indague sobre los mecanismos de monitoreo de la oportunidad y cumplimiento de metas y lineamientos de diagnóstico, difusión de lineamientos técnicos, actores que participaron en el monitoreo y la evaluación.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y me dan cuenta sobre los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre el tratamiento y seguimiento

Conjunto de actividades para lograr ampliar e implementar la cobertura del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES) con el fin de alcanzar la adherencia y el éxito del tratamiento. Realizar seguimiento para evitar la prolongación de la cadena de transmisión.

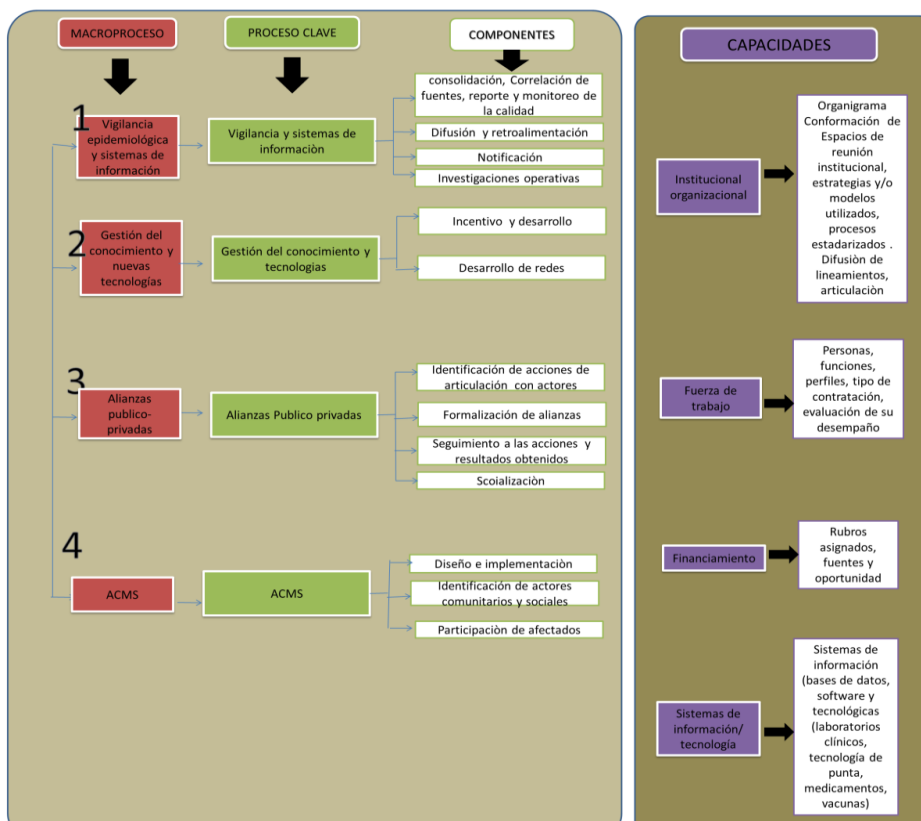
Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo realizó acciones para mejorar la adherencia, administración de medicamentos y ampliar la cobertura y calidad del TAES??** Identifique si se incluyeron metas de resultados de tratamiento en los planes operativos anuales municipales y departamental, la identificación de emisión de lineamientos técnicos, identificación del uso de resultados de monitoreo, evaluación e investigaciones operativas realizadas, participación de actores institucionales y comunitarios.
2. **¿Cómo desarrolló el seguimiento de contactos e impulso acciones de seguimiento de casos por parte de las EAPB e IPS del territorio?** Indague sobre los procedimientos y procesos para la investigación de contactos, mecanismos utilizados de monitoreo de la cobertura y calidad del seguimiento de casos, existencia de lineamientos técnicos, participación de actores institucionales y comunitarios. (Identifíquelos).
3. **¿Cómo desarrolló el seguimiento de tratamiento de los casos diagnosticados?** Indague sobre los procedimientos y procesos para el seguimiento de casos TB, mecanismos de seguimiento de casos, existencia de lineamientos técnicos, participación de actores institucionales y comunitarios. (Identifíquelos).
4. **¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de Investigaciones operativas para el tratamiento de casos de TB?** Indague sobre la existencia de lineamientos técnicos, el uso de resultados del monitoreo, evaluación para orientar las investigaciones operativas, uso de los resultados de la investigación operativa para fortalecer los procesos de la EATB o del programa, participación de actores (identifíquelos).
5. **¿Cómo realizó el Monitoreo y evaluación cobertura TAES, Oportunidad y calidad, ¿resultados de tratamiento?** Identifique las estrategias de monitoreo y evaluación utilizadas, indague sobre los mecanismos de monitoreo de la oportunidad y cumplimiento de metas y

lineamientos de diagnóstico, difusión de lineamientos técnicos, actores que participaron en el monitoreo y la evaluación.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

PROCESOS DE APOYO



II. Procesos de Apoyo

Aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades y competencias en la planificación, rectoría, gestión estratégica, provisión, mantenimiento de recursos, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención, control y vigilancia de la Tuberculosis.

¡¡Recuerde!! Debe indagar los periodos administrativos 2008-2011 y 2012-2014, pregunte por ellos de manera separada para discriminar los cambios ocurridos.

Se recomienda que indague cada proceso seguido por las capacidades que garantizaron su desarrollo, todo proceso debe ir con las capacidades que lo hicieron posible.

Sobre vigilancia epidemiológica y sistemas de información

Conjunto de actividades adelantadas para garantizar el seguimiento continuo y sistemático del comportamiento epidemiológico de los casos de TB, para proporcionar información oportuna, válida y confiable que oriente medidas de prevención y control de la enfermedad.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Cómo realizó la consolidación, Correlación de fuentes, reporte y monitoreo de la calidad de la información para los sistemas de información de TB?** Identifique si existe el uso de la información de vigilancia para la toma de decisiones, indague sobre el modelo de flujo de información.
2. **¿Cómo realizó la difusión de información y retroalimentación sobre la situación de TB (Indicadores epidemiológicos y de gestión)?** Indague sobre las estrategias de divulgación de resultados a los actores del sistema (SSM, EAPB e IPS).
3. **¿Cómo realizó seguimiento a su red prestadora de servicios de salud sobre la notificación reporte y la calidad de la información para los sistemas de información de TB?** Indique estrategias para seguimiento de tendencias de TB, uso de la información de vigilancia para la toma de decisiones e indague sobre modelo de flujo de información.
4. **¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de Investigaciones operativas para la vigilancia epidemiológica en TB?** Identifique el uso los resultados del monitoreo, evaluación y las investigaciones operativas, identificación de los actores que participan en el desarrollo de investigación en TB.
5. **¿Cómo realizó la notificación, el seguimiento al cumplimiento del reporte y calidad de la información de TB?** Indague la existencia de protocolos, rutas y guías de notificación, seguimiento y reporte de información, el uso de información para la toma de decisiones y la construcción de los planes de mejoramiento.
6. **¿Cómo desarrollo comités de vigilancia epidemiológica, análisis de mortalidad y casos especiales?** Indague sobre los espacios periódicos para la vigilancia epidemiológica y sus alcances (qué ha hecho y qué han logrado), presencia de evaluación de casos especiales y mortalidad, existencia de protocolos, guías, manuales, procedimientos de vigilancia, existencia de estandarización de procesos y uso de resultados para mejorar los protocolos de atención.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software

utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre la gestión del conocimiento y nuevas tecnologías

Conjunto de actividades que se adelantan para lograr la producción de conocimientos y nuevas tecnologías de diagnóstico, tratamiento, prevención y manejo programático de la TB.

Preguntas clave del proceso:

¿Cómo realizo acciones para incentivar el desarrollo de nuevas evidencias científicas y tecnologías en el control de la TB? Indague la inclusión de metas de resultados, gestión de conocimiento en los planes operativos anuales, indique el uso los resultados del monitoreo, evaluación y las investigaciones operativas. Identifique los actores que participan (académicos, sanitarios, nivel nacional, ONG.

¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de redes de Investigaciones y tecnologías para el control de la TB? Indague sobre la identificación de prioridades de investigación, la articulación con instituciones o programas de investigación. Identifique los actores comprometidos en procesos de investigación y tecnología.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre las alianzas público- privadas

Modalidades de participación e inversión de actores públicos y privados en el tema de TB. Incorpora articulación de experiencias con actores interinstitucionales en el sector salud, así como la participación con otros actores (vivienda, educación, productivo, otros), con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura o servicios públicos.

Preguntas clave del proceso:

1. **¿Identificación de necesidades y acciones que requirieron articulación con otros actores?** Indague sobre la forma como se identificaron de condiciones o factores que indicaron la necesidad de alianzas, método de realización de caracterización o posibles beneficiarios de alianzas estratégicas.
2. **¿Cómo se formalizaron las alianzas?** Identificación de actores con que se realizaron alianzas, la delimitación de responsabilidad. Indagar si emitieron lineamientos técnicos.
3. **¿Cómo realizo el seguimiento a las acciones y resultados obtenidos por las alianzas?** Identifique si se utilizó un modelo o estrategia definida para realizar el seguimiento.
4. **¿Cómo llevó a cabo la Socialización de los resultados?** Indague sobre las estrategias de comunicación que permitieron la socialización, que actores hicieron parte de él, a quienes fue dirigida, quién fue el responsable de la socialización.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y me dan cuenta sobre los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario

para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

Sobre abogacía, comunicación y movilización social (ACMS)

Identifica las estrategias de educación, comunicación y concientización del público específico y en general sobre la TB.

Preguntas clave del proceso:

¿Cómo se diseñó e implementó la estrategia de ACMS? Identifique el modelo o metodología utilizada, identificación de piezas de comunicación elegidas, direccionamiento principal de la estrategia.

¿Cómo se identificaron los grupos comunitarios y actores sociales donde se abordaron las estrategias de ACMS? Identifique el método de identificación de actores sociales, diseño y la implementación de estrategias de ACMS

¿Cómo participaron los afectados en el componente social del programa de TB? Indague sobre las estrategias de participación de afectados, familiares y comunidad.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y dan cuenta de los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

4. ENTREVISTAS DIFERENCIALES

I. COMPONENTE 002. EQUIPOS DE SALUD:

En las instituciones prestadoras de servicios de salud realice una entrevista grupal con el personal a cargo de la atención directa de los pacientes (Enfermera, Auxiliar de enfermería o promotor de salud, medico, personal de laboratorio, nutricionista, equipos psicosociales) e indague los siguientes aspectos:

PROCESOS	PREGUNTAS ORIENTADORAS
FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO	1) ¿Cómo se desarrolló su inducción, entrenamiento, capacitación y actualización de competencias en las acciones de control de TB?
PREVENCIÓN DE RIESGOS	1) ¿Cómo se han realizado las actividades de: <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación con BCG

	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de PPD y profilaxis • Educación sobre riesgos • prevención de la transmisión de tuberculosis(protección respiratoria, medidas ambientales) <p>2) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>
CAPTACIÓN	<p>1) ¿Cómo se ha realizado la captación de casos sospechosos (sintomáticos respiratorios)</p> <p>2) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>
DETECCIÓN	<p>1) ¿Cómo se ha realizado el diagnóstico clínico y bacteriológico de Los casos de TB sensible y farmacorresistente?</p> <p>2) ¿cómo se ha realizado seguimiento a la calidad y oportunidad del diagnóstico?</p> <p>3) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>
TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	<p>1) ¿Cómo se realizó :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La definición de tratamiento, la gestión de medicamentos, la supervisión estricta y el seguimiento de los pacientes (visitas domiciliarias, controles de enfermería y médico, recuperación de abandonos, educación de la familia). • ¿El seguimiento bacteriológico de los casos? • La búsqueda y tratamiento de casos de coinfección de VIH/TB? • ¿El estudio de contactos? • La remisión y contrarreferencias de casos • La presentación de casos al comité de evaluación de casos especiales y de resistencia la tratamiento- CERCET <p>2) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>
VIGILANCIA Y SISTEMAS DE INFORMACION	<p>1) ¿Cómo se realizó :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La notificación de casos - El registro de sintomáticos respiratorios - El registro de pacientes en el programa - El registro de casos y actividades - El informe de cohortes - Las unidades de análisis de mortalidad - Las visitas epidemiológicas de casos de meningitis tuberculosa y farmacorresistencia - La difusión de información sobre los indicadores de tuberculosis <p>2) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>
ACMS	<p>1) ¿ Cómo se realizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de educación a la comunidad - Conformación de redes de apoyo para los pacientes y sus familias - Soporte psicosocial a los pacientes y sus familias - Participación de la comunidad, los pacientes y expacientes en el control de la TB <p>2) ¿Cuándo, dónde y con quienes se realizaron?</p>

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; existencia de rutas de atención, protocolos, manuales de procesos y procedimiento, , estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; insumos asignados, continuidad oportunidad de los mismos; sistemas de información (historias clínicas específicas de TB, bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

II. DEPENDENCIAS DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD

En la entidad territorial departamental y en las secretarías de salud de los municipios 1, 2,3 y de categoría especial explore con los siguientes actores los procesos que se exponen a continuación.

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde!. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

COMPONENTE 003 COORDINADORES DE SALUD PÚBLICA

PROCESOS	PREGUNTAS ORIENTADORAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante de su área en el periodo?
PLANEACIÓN	<p>¿Cómo hizo el Diagnostico /Análisis de situación de TB</p> <p>¿Cómo realizó la Formulación del Plan Territorial y Formulación del Plan Estratégico de TB?</p> <p>¿Cómo desarrolló la Socialización de los planes?</p>
COORDINACION	<p>¿Cómo se hizo la coordinación del programa y como se articuló con otras prioridades (VIH, PAI)?</p> <p>¿Cómo se realizó la coordinación de actores internos?</p> <p>¿Cómo se realizó la coordinación de actores externos?</p>

MONITOREO Y EVALUACION	<p>¿Cómo realizó seguimiento al Plan territorial?</p> <p>¿Cómo realizó seguimiento a los Planes operativos anuales de TB?</p>
VIGILANCIA	<p>¿Cómo realiza la vigilancia epidemiológica y seguimiento a los sistemas de información?</p> <p>¿Cómo se realizó socialización y retroalimentación de información a los actores del sistema la comunidad</p>
GESTION DEL CONOCIMIENTO	<p>¿Cómo realizó acciones para incentivar el desarrollo de nuevas evidencias científicas y tecnologías en el control de la TB?</p> <p>¿Cómo ha realizado y promovido el desarrollo de redes de Investigaciones y tecnologías para el control de la TB?</p>
ALIANZAS PUBLICO-PRIVADAS	<p>¿Cómo se Identificaron de necesidades y acciones que requirieron articulación con otros actores?</p>

COMPONENTE 004. LABORATORIO DEPARTAMENTAL

PROCESOS	PREGUNTAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	1) ¿Cuál fue la estructura(organigrama) y funciones durante el periodo?
PLANEACIÓN	2) ¿Cómo realizó la Programación de actividades, insumos y metas para el diagnóstico??
COORDINACION	3) ¿Cómo coordinó la red de laboratorios para el diagnóstico de TB?
MISIONALES	4) ¿Cómo fue la capacitación, asesoría y asistencia técnica de la red de laboratorios?
MONITOREO Y EVALUACION	<p>5) ¿Cómo realizó la Evaluación externa del desempeño a todos los laboratorios de su red?</p> <p>6) ¿Cómo realizó el monitoreo y evaluación de la oportunidad y cumplimiento de lineamientos y metas de diagnóstico?</p>
VIGILANCIA	¿Cómo realizó la Recolección , consolidación, análisis y difusión de la información del laboratorio a su red y envió correspondiente al Instituto Nacional de Salud?

¡Para indagar sobre las capacidades recuerde! Estas están divididas por subgrupos y me dan cuenta sobre los recursos institucionales, fuerza de trabajo, financiamiento institucional, sistemas de información y tecnología disponible para abordar el respectivo proceso. Tómese el tiempo necesario para indagar cada capacidad; espacios de reunión institucional, estrategias y/o modelos utilizados, medios utilizados para divulgación de información; cuántas personas trabajaron en los procesos indagados, sus perfiles profesionales, tipo de contratación, evaluación de su desempeño; rubros financieros asignados, fuentes y oportunidad de los mismos; sistemas de información (bases de datos, cruces de los mismos, software utilizados; y tecnológicas (laboratorios clínicos, tecnología de punta, medicamentos, vacunas) utilizadas para desarrollar cada proceso.

COMPONENTE 005 REFERENTES DE PLANEACIÓN TERRITORIAL

PROCESOS	PREGUNTAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	1) ¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante el periodo?
PLANEACIÓN	2) ¿Cómo realizó la Formulación del Plan Territorial? 3) ¿Cómo realizó la Formulación del Plan Estratégico de TB?
COORDINACIÓN	4) ¿Cómo se hizo la coordinación del programa y como se articuló con otras prioridades (VIH, PAI)? 5) ¿Cómo se realizó la coordinación de actores internos? 6) ¿Cómo se realizó la coordinación de actores externos?
MONITOREO Y EVALUACIÓN	7) ¿Cómo realizó seguimiento al Plan Territorial de Salud? 8) ¿Cómo realizó seguimiento a los planes operativos de las empresas Administradoras de Planes de Beneficios e IPS? 9) ¿Cómo realizó seguimiento al plan de tuberculosis?

COMPONENTE 006. REFERENTES DEL AREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PROCESOS	PREGUNTAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	1) ¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante el periodo?
COORDINACIÓN	2) ¿Cómo se realizó el diseño o modelos para la conformación de redes de servicios de salud y los procesos de referencia y contrarreferencia? 3) ¿Cómo realiza seguimiento a los procesos de referencia y contrarreferencia u otros mecanismos de trabajo en red?
MONITOREO Y EVALUACIÓN	4) ¿Cómo realiza el seguimiento a la garantía y acceso a los servicios de salud

COMPONENTE 007. REFERENTES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

PROCESOS	PREGUNTAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante el periodo?
MONITOREO Y EVALUACION	¿Cómo realizo la IVC de los prestadores de servicios de salud, secretarías municipales y EPS) ¿Cómo realizo la IVC de Las secretarías municipales y EPS) ¿Cómo realizo la IVC de las aseguradoras)

III. REFERENTES PARA EL TRABAJO INTERPOGRAMATICO

COMPONENTE 008. PROGRAMA DE VIH

PROCESOS	PREGUNTAS
ESTRUCTURA FUNCIONAL	1) ¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante el periodo?
PLANEACIÓN	2) ¿Cómo Planificó conjuntamente las actividades TB/VIH?
COORDINACION	3) ¿Cómo se ha coordinado TB/VIH en todos los niveles?
MISIONALES	4) ¿Cómo incentivo y realizó seguimiento de : - La Búsqueda intensiva de casos de tuberculosis" - La Introducción de la terapia preventiva con ionizada en convivientes con VIH - El Control de infección por tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación
MONITOREO Y EVALUACION	5) ¿Cómo realizó el Monitoreo y evaluación de las acciones colaborativas?
VIGILANCIA	6) ¿Cómo Realizó la vigilancia de la prevalencia del VIH entre pacientes con TB?

COMPONENTE 009. DE SALUD INFANTIL (PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES / TENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA)

PROCESOS	PREGUNTAS
----------	-----------

ESTRUCTURA FUNCIONAL	1) ¿Cuál fue la estructura (organigrama) y funciones durante el periodo?
PLANEACIÓN	2) ¿Cómo Planificó conjuntamente las actividades TB/PAI/AIEPI?
COORDINACION	3) ¿Cómo se ha coordinado TB para la prevención de TB infantil
MISIONALES	4) ¿Cómo incluyo el diagnostico de TB en los programas de salud infantil ¿ 5) ¿Cómo realizo la vacunación con BCG?
MONITOREO Y EVALUACION	6) ¿Cómo realizó el Monitoreo y evaluación de las acciones conjuntas?
VIGILANCIA	7) ¿Cómo Realizó la vigilancia de la prevalencia de Tb infantil?

FICHA PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS

INSTRUCCIONES: Escriba en los espacios la información solicitada en **color de fuente rojo**. Use información textual; en el caso de no encontrar la información requerida por cada ítem registrar en letra mayúscula **“NO SE IDENTIFICA”**. Si la información corresponde a una gráfica o una tabla, haga la referencia en el espacio indicado e inclúyala como un anexo numerándolo.

Los procesos responden a la pregunta **“Qué hizo y Cómo lo hizo”** y se dividen en:

1). Gerenciales compuestos por: Planeación, dirección/coordinación, monitoreo y evaluación, asistencia técnica inspección, vigilancia y control (IVC).

2). Centrales o misionales que se dividen en: Acciones de promoción de la salud, captación, detección/diagnóstico y tratamiento y seguimiento.

3). Apoyo que se dividen en: Vigilancia en salud pública, abogacía comunicación y movilización social, gestión del conocimiento y alianzas público-privadas

Las capacidades responden a la pregunta **“con qué contó para realizar cada uno de los procesos y subprocesos”** y se exploran por cada uno de ellos. Se clasifican en: Capacidades institucional/organizativas; fuerza de trabajo; financiación y sistemas de información/tecnologías.

I. IDENTIFICACION

1. Código del Documento : (Iniciales en mayúscula del nombre y apellido de quien lo hace, seguidas de un orden numérico): Ejemplo: KARLA PAZ para el primer documento que revisa , el código correspondería a: KP001
2. Título del documento:
3. Referencia bibliográfica: (incluir dirección electrónica si aplica o la ruta que permita localizar el documento)
4. Tabla de contenidos: (títulos y subtítulos del documento)
5. Propósito del documento: (Hace referencia al papel y a la finalidad con la cual se construye el documento. Por Ejemplo: Plan departamental de salud → presenta las directrices, objetivos y metas que orientan las acciones a desarrollar por la Secretaria de salud durante el periodo).